

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

DANIELLE BRÛLÉ

LES MANIFESTATIONS COMPORTEMENTALES D'INTERNALISATION ET

D'EXTERNALISATION CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS

AOÛT 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'ampleur prise par le phénomène de la maltraitance des enfants est telle que de nombreuses recherches s'intéressent actuellement à cette problématique. Cette étude s'insère dans le cadre de ce mouvement qui vise à mieux faire connaître la population d'enfants maltraités afin de favoriser éventuellement un meilleur dépistage, de même qu'une prévention et une intervention rapide, efficace et adéquate. Deux variables susceptibles d'affecter les enfants maltraités et regroupant un éventail de symptômes seront abordées dans la présente recherche. Il s'agit de l'internalisation et de l'externalisation ; deux problématiques étroitement reliées au syndrome des enfants maltraités. L'objectif principal est de constater s'il y a oui ou non des différences significatives entre les enfants qui ont subi des mauvais traitements et/ou de la négligence de la part de leurs parents, par rapport aux enfants non maltraités et ce, tant au niveau des symptômes internalisés qu'externalisés. Parallèlement à cet objectif, notre but secondaire consiste également à vérifier la validité du *Test du dessin de la famille* en tant qu'outil de dépistage auprès de cette population et ce, en comparaison avec un autre test couramment utilisé auprès de cette clientèle, soit le *Teacher's Report Form (TRF)* (Achenbach, 1991a). Nos hypothèses de recherche affirment qu'il y a des différences significatives entre les groupes d'enfants maltraités et non maltraités (en faveur de ces derniers) et que les résultats au *Test du dessin de la famille* seront corrélés avec le *TRF* (Achenbach, 1991a) aux plans de l'internalisation et de l'externalisation. Au niveau exploratoire, nous soutenons que les mères d'enfants maltraités présenteront une perception de leur enfant différente de celle de l'enseignant, à l'inverse de celle des mères d'enfants non maltraités. Nous voulons ainsi vérifier si les mères d'enfants maltraités vivent certaines conditions qui les amènent à entretenir une perception erronée de leur enfant et de ses comportements. La population expérimentale de cette étude est composée de deux groupes

d'enfants (30 enfants maltraités ayant déjà été l'objet de signalements pour mauvais traitements au CEPEJ 04 et 30 enfants non maltraités provenant d'écoles primaires de la région de Lanaudière). Dans le but de tester nos hypothèses, nous avons utilisé cinq instruments de mesure : une section du *Questionnaire démographique* (Éthier, 1985), les *Matrices progressives colorées de Raven* (Raven, 1947), le *Test du dessin de la famille*, la *Liste de comportements pour enfants d'Achenbach (CBCL)* (Achenbach, 1991b) et le *TRF* (Achenbach, 1991a). En ce qui concerne nos résultats, les deux premières hypothèses furent infirmées, tandis que la troisième est confirmée. De manière plus spécifique, ceci indique que les enfants maltraités ne présentent pas de différences significatives par rapport aux enfants n'ayant pas connu de tels traumatismes et ce, à la fois lors de l'utilisation du *TRF* (Achenbach, 1991a), ainsi que du *Test du dessin de la famille*. De plus, le *Test du dessin de la famille* n'apparaît pas corrélé avec la perception de l'enseignant obtenue dans le *TRF* (Achenbach, 1991a). Toutefois, en ce qui a trait à la troisième hypothèse, qui s'avère confirmée, il apparaît que les mères d'enfants maltraités entretiennent une perception erronée de leur enfant et ce, en comparaison avec la perception de l'enseignant par rapport au même enfant. Par conséquent, ceci souligne l'importance de travailler avec ces mères qui ne peuvent agir adéquatement auprès de leur enfant puisque qu'elles ne le perçoivent pas tel qu'il est en réalité. De plus, il serait important d'effectuer des recherches ultérieures avec un plus grand nombre d'enfants afin de vérifier de manière plus précise la validité du *Test du dessin de la famille* dans son habileté à détecter des symptômes internalisés et externalisés, et dans le but de comprendre pourquoi nous n'observons pas de différences significatives entre les deux groupes d'enfants ciblés pour cette recherche.

Table des matières

SOMMAIRE.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE.....	5
1.1 LE PHÉNOMÈNE DE LA NÉGLIGENCE ET DE LA MALTRAITANCE	6
1.1.1 Définition.....	6
1.1.2 Conséquences de la négligence et de la maltraitance.....	10
1.1.3 Étiologies.....	13
1.2 LES SYMPTÔMES D'INTERNALISATION CHEZ L'ENFANT.....	16
1.2.1 La somatisation chez l'enfant.....	16
1.2.2 La dépression chez l'enfant	26
1.2.3 L'anxiété chez l'enfant	35
1.2.4 Le retrait chez l'enfant.....	41
1.3 LES SYMPTÔMES D'EXTERNALISATION CHEZ L'ENFANT.....	50
1.3.1 Les comportements agressifs.....	50
1.3.2 Les comportements délinquants.....	55
1.4 LE GRAPHISME CHEZ L'ENFANT.....	61
1.4.1 L'évolution du graphisme chez l'enfant.....	61
1.4.2 Le dessin de l'enfant en psychologie.....	66
1.4.3 Le dessin de la famille.....	72
1.5 PROBLÉMATIQUE.....	76

1.6 HYPOTHÈSES.....	77
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....	78
2.1 PARTICIPANTS.....	79
2.2 INSTRUMENTS DE MESURE.....	82
2.2.1 Les <i>Matrices progressives colorées de Raven</i>	82
2.2.2 Le <i>Questionnaire socio-démographique</i>	84
2.2.3 La <i>Liste de comportements pour enfants d'Achenbach (CBCL) et le Teacher's Report Form (TRF)</i>	85
2.2.4 Le <i>Test du dessin de la famille</i>	91
2.3 DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIENCE.....	96
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	101
3.1 MÉTHODES D'ANALYSE.....	102
3.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	102
DISCUSSION.....	115
CONCLUSION.....	124
RÉFÉRENCES.....	128
APPENDICES	
APPENDICE A : Lettre visant à inviter les parents à participer à cette recherche.....	151
APPENDICE B : Formulaire de renseignements personnels complétés par les parents.....	153
APPENDICE F : Les grilles d'indices graphiques pour la cotation du dessin de la famille.....	156

Liste des tableaux

Tableau 1	Description caractéristiques des enfants maltraités et non maltraités.....	81
Tableau 2	Moyennes et écarts types pour les deux groupes d'enfants au niveau des variables d'internalisation et d'externalisation obtenus au <i>Teacher's Report Form</i>	104
Tableau 3	Moyennes et écarts types pour les deux groupes d'enfants au niveau des variables d'internalisation et d'externalisation obtenus au <i>Test du dessin de la famille</i>	106
Tableau 4	Relations (Corrélation de Pearson) entre les scores obtenus au <i>TRF</i> et ceux obtenus au <i>Test du dessin de la famille</i> pour la population totale (n=60), la population d'enfants maltraités (n=30) et la population d'enfants non maltraités (n=30)	108
Tableau 5	Moyennes obtenues aux échelles d'internalisation et d'externalisation selon le type d'informants (mère ou enseignant).....	111

Liste des figures

Figure 1	Comparaison des moyennes obtenues aux échelles d'internalisation et d'externalisation selon le type d'informants (mère ou enseignant).....	112
Figure 2	Comparaison des moyennes obtenues pour les symptômes d'internalisation selon la perception des enseignants et celle des mères.....	114
Figure 3	Comparaison des moyennes obtenues pour les symptômes d'externalisation selon la perception des enseignants et celle des mères.....	114

Remerciements

Je tiens personnellement à remercier Madame Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D., professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour les nombreux conseils judicieux en tant que directrice de ce mémoire. Son sens pratique, son soutien perpétuel, son humour, ainsi que son optimisme contagieux m'ont grandement aidée tout au long de cette recherche.

Des remerciements doivent également être décernés à toute l'équipe du Groupe de Recherche en Développement de l'enfant et de la famille (GREDEF) à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui m'a fourni l'ensemble des données pour la formation de mon groupe expérimental et sans qui cette expérimentation n'aurait pu être menée à terme. Toute ma gratitude également à Monsieur Germain Couture pour son assistance fort précieuse au niveau du traitement des analyses statistiques, de même qu'à M. Michel Bossé, M. Michel Lemaire et Mme Johanne Lachance pour leur aide au niveau de l'élaboration des indices graphiques. Un merci sincère également à Janie Tremblay et à Valérie Moore, deux étudiantes à la maîtrise en psychologie, pour leur étroite collaboration lors de la cotation de dessins.

L'auteure désire également exprimer sa reconnaissance aux directeurs(trices) de trois écoles primaires de la Commission scolaire de l'Industrie dans la région de Lanaudière, afin de lui avoir accordé la permission de se rendre dans leur milieu scolaire respectif en vue de procéder à l'expérimentation. Sincères remerciements aux enseignants ainsi qu'à tous ceux qui furent impliqués de près ou de loin dans la réalisation de ce mémoire. Votre soutien fut fort précieux. Un merci tout spécial au fond FCAR pour l'aide financière octroyée afin de favoriser la poursuite de cette recherche.

Introduction

Introduction

Chaque année, un nombre important de jeunes victimes innocentes est signalé aux divers Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. A l'échelle du Québec, des milliers d'enfants, principalement des jeunes garçons, sont donc victimes de mauvais traitements. Les chiffres sont révélateurs et alarmants. Ils surprennent, émeuvent et choquent, ce pour quoi nous ne pouvons fermer les yeux sur une telle problématique. Le phénomène de la maltraitance n'est pas récent en soi ; il a toujours fait partie intégrante de notre société, mais était davantage masqué autrefois, car nous disposons désormais d'un meilleur système de détection. Cependant, ce système connaît certaines failles puisque plusieurs enfants souffrent actuellement en silence de l'absence de soins émotionnels, physiques et éducationnels de base dispensés par leurs parents et/ou d'abus physiques à leur endroit. Certains même en meurent. Par chance, un certain nombre d'enfants peuvent profiter de l'aide mise à leur disposition, mais d'autres, victimes de leur condition, demeurent prisonniers des difficultés familiales. Autrefois, la société s'attardait davantage aux abus physiques, car les conséquences étaient plus visibles aux yeux d'un observateur externe. Cependant, nous commençons graduellement à réaliser que la négligence, plus masquée et insidieuse, est tout aussi dommageable. Il nous faut donc intervenir au niveau de ces deux volets, soit les abus physiques et la négligence, regroupés sous le vocable de la maltraitance. Fait à noter, la maltraitance englobe également les abus d'ordre sexuel.

Chaque enfant a droit une qualité de vie adéquate, de même qu'à un développement harmonieux. Parce que l'enfant est une personne entière qui a droit à la vie, à l'amour, à l'éducation, à être nourri et vêtu convenablement, tout en recevant les soins nécessaires à son bien-être, parce qu'un enfant a besoin d'être aimé de ses parents et ne peut se débrouiller par lui-même, nous nous devons d'agir. Mais dans l'optique d'intervenir, nous devons tout d'abord cerner la problématique, comprendre son étiologie, ses facteurs de risques et évidemment ses conséquences. C'est à ce niveau que la recherche dans le domaine trouve sa justification. Comprendre le phénomène et développer des instruments de mesure facilitant sa détection constitue le premier pas vers une meilleure intervention et, éventuellement, une meilleure prévention. Le présent mémoire s'insère dans ce cadre de recherche.

Plusieurs études mettent en évidence les conséquences rencontrées chez les enfants abusés physiquement et/ou négligés. En effet, le développement des enfants maltraités sera susceptible de rencontrer un vaste éventail de difficultés. Dans l'ensemble, les investigations dénotent des déficits tant aux plans physique, affectif, cognitif, scolaire, que langagier, de même qu'au niveau de la socialisation et de l'ajustement émotionnel. La présente recherche s'attarde tant aux conséquences rencontrées chez les enfants négligés et/ou abusés physiquement. Elle s'intéresse de manière plus spécifique à certaines variables maintes fois associées au phénomène de la maltraitance. Il s'agit des manifestations comportementales d'internalisation et d'externalisation. Cette étude tente donc de découvrir s'il existe des différences significatives au niveau de ces manifestations chez les enfants maltraités, comparativement à un groupe d'enfants non

maltraités. Ceci afin de mieux saisir l'impact de tels traumatismes sur les enfants dans le but de pouvoir identifier les victimes et d'intervenir rapidement auprès d'elles.

Ce mémoire se divise en quatre parties distinctes: le premier chapitre est consacré au contexte théorique puisé dans la littérature, concernant le phénomène de la maltraitance, ainsi que les manifestations d'internalisation et d'externalisation qui s'y rapportent. Nous présenterons également une brève recension de la littérature concernant le dessin chez l'enfant et plus spécifiquement, du *Test du dessin de la famille*, constituant une des épreuves expérimentales utilisées pour cette recherche. Cette première partie du contexte théorique se terminera par la présentation des hypothèses de recherche. La démarche scientifique relative à ce mémoire est élaborée dans le cadre du deuxième chapitre. Nous présenterons alors la procédure de sélection des participants, les instruments de mesure, de même que le déroulement de l'expérience. La présentation des résultats ainsi que leur analyse seront élaborées dans le cadre du troisième chapitre, tandis que la quatrième et dernière partie couvrira la discussion des résultats obtenus auprès de l'échantillon des participants. Ce mémoire se terminera par la présentation d'une brève conclusion mettant en relief les principales constatations obtenues lors de cette étude.

Chapitre 1

Contexte théorique

1.1 Le phénomène de la négligence et de la maltraitance

1.1.1 Définition

La décennie actuelle témoigne d'un intérêt croissant concernant la problématique de la maltraitance auprès de la clientèle infantile. Le vocable de maltraitance, synonyme d'un phénomène complexe et polymorphe, englobe diverses entités relatives aux mauvais traitements commis à l'endroit des enfants : ce peut être la négligence, les abus physiques, la violence psychologique, ainsi que les abus sexuels (Éthier, Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu, 1992a). Généralement, la source de la négligence est attribuée à la mère puisque les familles négligentes sont souvent monoparentales. Quant au père, lorsqu'il est présent dans un tel milieu familial dysfonctionnel, il démontre généralement une autorité plutôt axée sous la forme de violence physique et/ou sexuelle (Éthier *et al.*, 1992a). De manière plus spécifique, les parents tendraient à négliger davantage les jeunes enfants et à user de violence physique envers les plus âgés (Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu, 1994). Toutefois, il semblerait que plus les conditions de mauvais traitements se manifestent tôt dans la vie de l'enfant, plus ce dernier court des risques de développer des conséquences dommageables pour son développement ultérieur. Fait à noter, la comorbidité des diverses entités relatives à la maltraitance ne peut être niée. En effet, la négligence, les abus physiques et la violence psychologique, à titre d'exemple, coexistent maintes fois dans les milieux maltraitants et ce, dans près de 46% des cas, pour la violence physique et la négligence (American Human Association, 1984 ; Éthier *et al.*, 1992a). De plus, la prévalence de la maltraitance s'avère particulièrement difficile

à évaluer avec exactitude, étant donné le tabou et le secret entourant son dévoilement. De nombreux cas d'enfants maltraités demeurent donc prisonniers du silence.

Malgré leur fréquente coexistence, il importe de distinguer et de définir les diverses formes de mauvais traitements. De manière plus spécifique, la négligence se caractérise par une omission chronique de soins à l'égard de l'enfant au niveau physique, développemental et affectif (Jourdan-Ionescu & Palacio-Quintin, 1997 ; Prino & Peyrot, 1994). Le parent omet donc de répondre aux besoins de base et éducationnels de son enfant en ne l'encadrant pas adéquatement et en le laissant à lui-même. Il ne procure pas à ce dernier les éléments essentiels à un développement normal harmonieux, soit au niveau physique, intellectuel, ainsi qu'émotif. Le parent agirait ainsi soit par inattention extrême ou délibérément.

La négligence peut donc toucher divers domaines de l'existence de l'enfant, à savoir l'alimentation, les vêtements, l'hygiène corporelle, le logis, les soins médicaux, les conditions de supervision, l'éducation, les besoins affectifs, etc. Tous ces éléments entravent le développement harmonieux de l'enfant lorsqu'ils ne sont pas adéquatement comblés (Éthier, Palacio-Quintin, Couture, Jourdan-Ionescu, & Lacharité, 1993). En fait, la négligence se caractérise par un manque d'interactions entre le parent (ou la personne responsable de l'enfant) et l'enfant, engendrant une souffrance non-accidentelle chez ce dernier, tant aux plans physique que développemental. Ce manque d'interactions entre l'enfant et le parent s'explique par le fait que ce dernier est passif comparativement au parent abusif qui commet des actes d'agression physique ou psychologique à l'endroit de l'enfant (Éthier, Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Lacharité, & Couture, 1991). La

négligence peut également être d'origine affective; elle se caractérise alors par un manque d'interactions, de soutien et de réconfort de la part du parent (McLaren, 1989). Mentionnons que la négligence affective et la négligence physique vont souvent de pair. Quant à l'abus physique, Palacio-Quintin et Jourdan-Ionescu (1994) le désignent en tant qu'acte volontaire ou non, d'agression émotive ou physique à l'endroit de l'enfant. Ces actes provoquent douleurs, ecchymoses, brûlures, etc., et auront un impact important sur le développement de l'enfant. Pour le Centre national d'information sur la violence dans la famille de Santé Canada (1990), la violence physique, qui peut être occasionnelle ou répétée, se rapporte à une application volontaire d'une force physique sur une partie quelconque du corps de l'enfant. Cet organisme mentionne, à titre d'exemple de violence physique pouvant causer du tort à l'enfant ou le mettre en danger, le fait de : le secouer, le suffoquer, lui infliger des morsures, des coups de pieds, des brûlures, tenter de l'empoisonner, de l'immerger de force dans l'eau, etc.

Finalement, les deux autres types de mauvais traitements se rapportent aux abus sexuels et à la violence psychologique, phénomènes dont il ne sera guère mention dans le présent mémoire, car notre clientèle a d'abord été référée au Centre Jeunesse du District 04 suite à des signalements pour négligence et/ou maltraitance. Cependant, nous reconnaissons que ceci n'exclut pas la possibilité d'une coexistence des autres formes de mauvais traitements avec ce diagnostic primaire, tels que les abus sexuels. À des fins informatives, mentionnons que Cloutier et Renaud (1990) désignent l'abus sexuel en tant qu'attouchements sexuels, coït ou exploitation de l'enfant à des fins sexuelles. Toute exposition de l'enfant à une activité ou divers comportements d'ordre sexuel, peut

être considérée comme une agression sexuelle (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1990). Quant à la violence psychologique ou émotionnelle, elle...

désigne tous les actes (et toutes les omissions) qui blessent ou affaiblissent la confiance en soi, le sentiment de sécurité, le sens social, le sens du réel, etc. chez l'enfant, ou qui compromettent autrement la santé ou le développement psychologique de l'enfant (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1994, p.6).

Elle attaque la valeur personnelle de l'enfant (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1990).

Actuellement, au Québec, une loi émise en 1977 (Lafond, 1997) tend à promouvoir la protection des enfants qui sont victimes de mauvais traitements. Cette loi met en vigueur la nécessité pour tout citoyen de signaler les cas d'abus dont il est témoin. Les situations considérées comme nécessitant un signalement pour négligence et/ou maltraitance se rapportent aux alinéas a, b, c, d, e, f, g, ainsi que h de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces alinéas stipulent qu'un signalement est retenu par les CPEJ : a) si ses parents ne vivent plus, ne s'en occupent plus ou cherchent à s'en défaire; b) si le développement mental ou affectif de l'enfant est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ; c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ; d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriée à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ; e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ; f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire

un travail disproportionnel à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ; g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ; h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour corriger la situation ou n'y parviennent pas. Tous ces éléments compromettent la sécurité ou le développement de l'enfant et doivent être signalés par tout citoyen qui en est témoin.

1.1.2 Conséquences de la négligence et de la maltraitance

Bien que certaines recherches tendent à démontrer des différences entre les enfants négligés et violentés au plan symptomatologique, ces deux problématiques s'avèrent tout de même étroitement reliées dans la réalité (Éthier *et al.*, 1992a) et génèrent maintes fois des symptômes similaires. Le développement des enfants maltraités connaîtra des perturbations hétérogènes, qui seront fonction des facteurs individuels propres à l'enfant. Toutefois, la plupart des recherches démontrent que le développement de ces enfants sera compromis au niveau affectif, social, physique, moteur, intellectuel et scolaire (Dodge-Reynolds, 1988 ; Erickson, Egeland, & Pianta, 1989 ; Fox, Long, & Langlois, 1988), ainsi que langagier (Drotar, Malone, & Newak, 1985 ; Egeland & Sroufe, 1981 ; Fitch, Cadol, Goldson, Wendell, Swartz, & Jackson, 1976 ; Mansieux & Straus, 1986). Leur adaptation personnelle, scolaire et sociale en sera donc grandement perturbée. Même si les enfants maltraités présentent des risques sévères de développer un ou plusieurs de ces déficits, la nature des dysfonctions demeure toutefois hétérogène

puisque certains enfants présentent heureusement des facteurs de protection. Par ailleurs, au plan social, ces enfants présentent soit de l'agressivité ou de l'indifférence à l'égard de leurs pairs (Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984 ; Howes & Eldredge, 1985), de l'hostilité (Erickson & Egeland, 1987), de violentes crises de colère et de l'opposition (Gaddini, 1984; Kempe & Kempe, 1978 ; Kinard, 1980 ; Martin & Beezley, 1977 ; McLaren, 1989). Ils tendent également à manifester des affects dépressifs (Jourdan-Ionescu & Palacio-Quintin, 1997 ; Kaufman, 1991 ; Kazdin, Moser, Colbus, & Bell, 1985 ; Kinard, 1980 ; Martin & Beezley, 1977), une anxiété élevée (Éthier *et al.*, 1992a ; Kinard, 1980 ; Martin & Beezley, 1977 ; Salzinger, Kaplan, Pelcovitz, Samit, & Krieger, 1984), une faible estime de soi (Crittenden, 1985 ; Kaufman & Cicchetti, 1989 ; Kempe & Kempe, 1978 ; Kinard, 1980; Martin & Beezley, 1977 ; McLaren, 1989), un attachement insécuré (Egeland & Sroufe, 1981 ; McLaren, 1989; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984), des troubles de comportement, de même que des tendances à la somatisation (Campo & Fritsch, 1994) et au retrait (Crittenden, 1985 ; Erickson & Egeland, 1987 ; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984 ; Kempe & Kempe, 1978 ; Martin & Beezley, 1977). De plus, selon certains auteurs, les enfants maltraités présenteraient une comorbidité des conduites d'internalisation et d'externalisation (Jourdan-Ionescu & Palacio-Quintin, 1997), un rendement intellectuel relativement faible (Martin, Beezley, Conway, & Kempe, 1974 ; Sandgrund, Gaines & Green, 1974), des troubles neurologiques (Green, Voeller, Gaine, & Kubie, 1981 ; McLaren, 1989), des éléments d'hyperactivité (Kempe & Kempe, 1978 ; Martin & Beezley, 1977 ; McLaren, 1989), de même que des comportements relatifs à la délinquance (Fontana &

Besharov, 1979 ; McLaren, 1989). Bien que l'impact de la maltraitance se répercute tant chez les enfants négligés que maltraités, les enfants négligés se distinguent quelque peu en démontrant davantage d'indices de malnutrition et de manque d'hygiène (Erickson & Egeland, 1987 ; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984 ; Howes & Espinosa, 1985 ; McLaren, 1989), tandis que les enfants violentés physiquement tendent à manifester une agressivité plus intense, de plus grandes pertes de contrôle de soi, tout en étant agités et empreints d'émotions négatives. Ils se caractérisent surtout par leur agressivité envers leurs pairs (Egeland & Sroufe, 1981 ; Egeland, Sroufe, & Erikson, 1983 ; Éthier & Piché, 1989 ; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984).

Par ailleurs, les enfants victimes de mauvais traitements présentent parfois certaines particularités au point de vue de leur type d'attachement. Cette explication sera proposée en rapport avec la théorie de l'attachement explicitée par Bowlby (1969 ; 1973 ; 1980). N'ayant pas connu la sensibilité et la disponibilité maternelle face à la satisfaction de ses besoins (Ainsworth, Blehar, Waters, & Walls, 1978 ; Bowlby, 1973 ; Sroufe, Waters, & Matas, 1974), mais davantage le rejet, l'indifférence, l'insensibilité, le détachement et l'agressivité (Crittenden, 1988), l'enfant maltraité en viendrait à développer un style d'attachement qualifié d'anxieux et insécure. Ce mode d'interaction affectera ultimement l'ensemble de ses relations avec autrui (Ainsworth *et al.*, 1978 ; Bretherton & Waters, 1985 ; Egeland & Farber, 1984 ; Erickson & Egeland, 1987), n'ayant pas acquis le sentiment d'être désirable et destiné à recevoir amour et soins.

1.1.3 Étiologies

Face au vaste éventail de conséquences néfastes générées par la maltraitance, une question s'impose : existe-t-il un profil-type de familles maltraitantes et pourquoi les parents en viennent-ils à commettre de tels agissements à l'égard de leur enfant? Au point de vue étiologique, les parents agiraient de la sorte en raison de divers facteurs. Ce peut être l'indifférence, le besoin de contrôle, suite à une histoire personnelle de maltraitance ou par manque de compétences parentales. Le modèle sociologique rapporte que des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'instabilité conjugale, les difficultés professionnelles, la classe d'appartenance, ainsi qu'un milieu socio-économique défavorisé, contribuent à l'augmentation du risque d'abus et de négligence (Creighton, 1985 ; Garbarino, 1976). De plus, le contexte environnemental au sein duquel évolue la famille n'est pas sans influence. En effet, la qualité et la disponibilité du réseau social s'avère particulièrement déterminante.

Certains facteurs étiologiques semblent également prendre origine auprès de l'enfant lui-même, tandis que d'autres se rapportent aux parents et à leur vécu personnel. Du point de vue de l'enfant, il apparaît que des difficultés lors de la grossesse et de l'accouchement, la prématurité (Herrenkohl & Herrenkohl, 1979 ; Herrenkohl, Herrenkohl, & Egolf, 1983), les handicaps physiques ou intellectuels et la perception parentale de l'enfant comme étant *différent*, peuvent prédisposer l'enfant à être victime de mauvais traitements (Friedrich & Boriskin 1976 ; Mansieux & Straus, 1986). Le tempérament propre à l'enfant semble également jouer un rôle important, bien que l'enfant ne puisse être la cause directe des sévices subis (Belsky, 1980 ; Friedrich &

Boriskin, 1976 ; Lamb, 1978). L'enfant peut donc, involontairement, contribuer aux abus en se montrant difficile à éduquer au point de vue comportemental (Helfer, 1975 ; Herrenkohl & Herrenkohl, 1979 ; Steele & Pollock, 1968). De plus, certains parents ont parfois des attentes trop élevées par rapport aux comportements de l'enfant ou entretiennent une perception négative de ce dernier (Bugental, Mantyla, & Lewis, 1989 ; Herrenkohl & Herrenkohl, 1981 ; Herrenkohl, Herrenkohl, & Egolf, 1983 ; Reid, Kavanagh, & Baldwin, 1987). Lacharité (1992) montre que cette perception négative serait particulièrement significative sur le plan des comportements internalisés (anxiété, dépression, somatisation, obsession et retrait), mesurés à l'aide de la *Liste de comportements pour enfants* d'Achenbach et Edelbrock (1983). Certains auteurs font donc mention que la perception de l'enfant par la mère issue d'une famille maltraitante ne peut être utilisée de façon objective, cette perception étant teintée de subjectivité et de négativité (Lacharité, 1992 ; Rosenberg & Reppucci, 1983).

Un certain nombre d'autres facteurs étiologiques se rapportent aux parents eux-mêmes, à leur personnalité, à leur vécu, à leur environnement, etc. De toute évidence, des relations conjugales conflictuelles (Belsky, 1980 ; Clark, 1976 ; Green, 1976 ; Smith & Hanson, 1975 ; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980) de même que des difficultés d'ordre professionnel, une faible scolarisation (Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu, 1994) et un pauvre réseau social, contribuent à l'augmentation des risques d'abus et de négligence à l'endroit des enfants (Belsky, 1980). Toutefois, la maltraitance ne serait pas associée à des désordres psychologiques majeurs chez les parents, mais plutôt à des troubles mineurs et ce, dans 50% des cas. Ces difficultés peuvent être de l'ordre de

l'alcoolisme ou de la dépression, par exemple (Blumberg, 1974). Au point de vue des traits de personnalité, les parents se caractérisent par un faible niveau d'empathie, une faible estime de soi, des difficultés de socialisation, de la rigidité, de la compulsion, de la possessivité, une dépendance et une difficulté à contrôler leurs gestes impulsifs; un fort pourcentage d'entre eux ont été victimes de mauvais traitements étant enfants (Belsky, 1980 ; Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu, 1994 ; Spinetta & Rigler, 1972 ; Steele & Pollock, 1968). De plus, selon ces mêmes auteurs, ceci les prédisposent à répondre agressivement ou avec insensibilité à l'enfant. Le milieu familial se caractérise par la pauvreté, le chômage, l'isolement, les loyers surpeuplés, le manque de ressources et un faible réseau social (Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu, 1994). Tous ces éléments constituent des facteurs prédisposant les parents à user de violence ou de négligence à l'endroit de leur progéniture.

En conclusion, il paraît important de mentionner les difficultés relatives à isoler l'impact réel de la maltraitance, en prenant en considération les facteurs individuels, familiaux et éducationnels inadéquats qui peuvent également influencer négativement le développement de l'enfant. Toutefois, l'étude de la maltraitance s'avère sans contredit essentielle afin de cerner adéquatement la problématique de ces jeunes victimes et de les aider à affronter leurs souffrances. Sans aide, les conséquences peuvent être particulièrement néfastes, telles que l'aboutissement ultérieur à la délinquance juvénile ou à la maltraitance de leurs propres enfants.

Nous aborderons dans les prochaines pages certaines problématiques auxquelles sont susceptibles d'être exposés les enfants victimes de mauvais traitements, de même

que les enfants en général. Il s'agit des symptômes qualifiés d'internalisés et d'externalisés. Achenbach et Edelbrock (1983), de même que Tessier, Tarabulsy et Provost (1996), mentionnent dans leurs travaux dans le domaine, que l'internalisation fait référence à un éventail de problèmes relatifs à la somatisation, au sentiment dépressif, à l'anxiété, ainsi qu'une tendance au retrait et des difficultés d'ordre communicationnel. Quant à l'externalisation, elle regroupe les comportements associés à l'agressivité et aux comportements antisociaux. Ces éléments seront donc explicités de manière plus approfondie car ils s'avèrent maintes fois rencontrés chez les enfants maltraités. Nous aborderons donc successivement la somatisation, la dépression, l'anxiété et le retrait chez l'enfant, puis par la suite, les comportements agressifs et les comportements à caractère délinquant.

1.2 Les symptômes d'internalisation chez les enfants

1.2.1 La somatisation chez l'enfant

Les plaintes somatiques, appartenant autrefois aux symptômes hystériques, existent depuis des siècles; leur étiologie et leur symptomatologie variant selon l'âge, l'époque, la culture, la personnalité, de même que les facteurs environnementaux. Au cours des dernières décennies, l'intérêt pour la recherche portant sur la somatisation a connu un certain essor, générant maintes investigations et études intensives. Toutefois, la littérature actuelle concernant ce phénomène affectant la clientèle infantile, demeure encore récente, car centrée en grande partie sur la description des caractéristiques observables chez la population adulte (Campo & Fritsch, 1994 ; Garralda, 1992). Peu de

recherches se penchent donc véritablement sur la symptomatologie particulière manifestée par l'enfant, et par surcroît, une attention très peu systématique est portée à la somatisation rencontrée chez les enfants victimes de maltraitance : la clientèle de la présente étude. Cependant, la littérature fait mention de recherches menées par Friedrich et Schafer (1995) ainsi que par Hunter, Kilstrom et Loda (1985) concernant les plaintes somatiques manifestées par les enfants abusés sexuellement. Ces derniers rapportent que ces jeunes victimes sont davantage prédisposées aux plaintes somatiques.

Certes, des études existent, mais peu d'entre elles parviennent à un consensus sur l'épidémiologie de la problématique auprès de la population infantile. Selon Garralda (1996), qui signe quelques articles dans ce domaine, il apparaît que la somatisation est commune durant l'enfance, que 2 à 10 % des enfants présentent ce type de problèmes et que ce phénomène est plus fréquent chez les filles (Offord *et al.*, 1987). Une autre recherche (Kronenberger, Laite, & Laclave, 1995), quant à elle, affirme que 5 à 10 % des enfants souffrent de plaintes somatiques récurrentes. Quant à Campo et Fritsch (1994), ils soutiennent que la somatisation, particulièrement sous la forme de plaintes récurrentes, est très commune chez les enfants et les adolescents et qu'elle s'avère maintes fois polysymptomatique. Ces auteurs ajoutent que cette problématique apparaît habituellement tardivement au cours de l'enfance ou au début de l'adolescence (Campo & Fritsch, 1994 ; Garber *et al.*, 1991) et que les différences au point de vue du sexe ne sont guère significatives durant l'enfance, contrairement à l'adolescence où la prévalence des filles domine (Campo & Fritsch, 1994 ; Garber *et al.*, 1991; Oster, 1972 ; Rauste-Von Wright & Von Wright, 1981 ; Walker & Greene, 1991). Pour Pelsser

(1989), l'épidémiologie de la somatisation infantile est estimée à environ un enfant ou un adolescent sur dix qui présentera, entre sa naissance et l'âge de 18 ans, ce type de problématique.

Ce sont principalement les travaux menés par Apley dans les années 1950, qui ont favorisé l'investigation et la compréhension des plaintes somatiques inexplicées au cours de l'enfance (Campo & Fritsch, 1994). De manière plus spécifique, la somatisation est définie en tant que manifestation de difficultés ou de détresse psychologique par le biais de symptômes somatiques. Il s'agit donc d'une tendance à expérimenter et à communiquer la détresse somatique et les symptômes qui s'y rapportent, à attribuer ceux-ci à des maladies physiques quelconques et à tenter d'obtenir une aide médicale pour les soulager. Les symptômes n'ont habituellement aucune explication organique (Garralda, 1996 ; Lipowsky, 1988).

Par ailleurs, d'autres auteurs ont mentionné diverses définitions de la somatisation. Pour Dufour, Tremblay et Vitaro (1994), la somatisation, associée à une détresse importante, génère un déséquilibre dans une ou plusieurs sphères du fonctionnement d'un individu. Au cours de l'enfance, la somatisation peut engendrer un dysfonctionnement scolaire et de fréquentes absences de l'école (Campo & Fritsch, 1994; Faull & Nicol, 1986 ; Hodges, Kline, Barbero, & Woodruff, 1985 ; Robinson, Alvarez, & Dodge, 1990). De manière plus spécifique, pour Livingston (cité dans Campo & Fritsch, 1994), la somatisation amène le corps à manifester divers symptômes dans le but d'obtenir des gains personnels ou psychologiques. Quant à Kellner (1991), de même que Campo & Fritsch (1994), ils mentionnent que l'on parle de somatisation

lorsqu'une évaluation médicale ne révèle aucune explication physique aux plaintes somatiques présentées. Et si parfois une pathologie physique quelconque y est associée, l'intensité des symptômes et le degré de dysfonctionnement personnel et social qu'elle génère sont excessifs par rapport à ce qui serait attendu.

Pelsser (1989), dans son manuel sur la psychopathologie de l'enfant, mentionne que les symptômes somatiques, qui sont involontaires et habituellement transitoires, permettent à un individu d'éviter certaines activités qui lui semblent pénibles, d'obtenir des bénéfices secondaires et de recevoir du soutien de l'entourage. Tous ces bénéfices secondaires contribuent à renforcer les symptômes somatiques. De plus, toujours selon cet auteur, les problèmes psychosomatiques chez l'enfant apparaissent soit en réaction à des tâches développementales précises, c'est-à-dire à certaines phases cruciales du développement physique et psychologique d'un individu, ou en réaction à des stress environnementaux, que ce soit familial ou social (Pelsser, 1989). Nous pouvons constater ici que l'enfant maltraité, soumis à des stress environnementaux et familiaux sévères, est fortement à risque de développer des symptômes somatiques, en réaction à ses difficultés.

La somatisation est donc associée à une détresse psychologique et à un déséquilibre dans une ou plusieurs sphères du fonctionnement de l'individu (Dufour, Tremblay, & Vitaro, 1994). Le fait que les enfants somatisent leur détresse ou manifestent leurs difficultés via les symptômes somatiques s'avère un phénomène relativement reconnu et accepté par la société. En effet, celle-ci semble reconnaître que la douleur exprimée par l'enfant puisse être liée au stress et aux inquiétudes concernant l'école, par exemple, et

que l'enfant puisse utiliser la douleur pour éviter d'être confronté à une situation pénible (Campo & Fritsch, 1994 ; Faull & Nicol, 1986 ; Garralda, 1996 ; Hodges, Kline, Barbero, & Woodruff, 1985 ; Robinson, Alvarez, & Dodge, 1990). A ce moment, les parents prodiguent des soins à l'enfant, qui reçoit ainsi des gains personnels, de l'attention, de l'intérêt et un renforcement familial de la part de ses parents. Le concept de gain secondaire est primordial dans le développement de la somatisation (Campo & Fritsch, 1994 ; Wooley, Blackwell, & Winget, 1978). De plus, la somatisation permet également à l'enfant, de manière inconsciente, de maintenir à proximité les figures d'attachement qui revêtent une grande importance pour lui (Campo & Fritsch, 1994 ; Wooley *et al.*, 1978). Fait à noter, les enfants possèdent des habiletés verbales et cognitives déficitaires; leurs capacités de mentalisation et leurs mécanismes de défense sont moins élaborés et leur vocabulaire visant l'expression émotive est plus limité que celui de l'adulte; ceci explique pourquoi la somatisation est particulièrement commune chez l'enfant (Garralda, 1996) en raison d'un passage rapide des conflits ou d'angoisses psychiques, au physique, et ce, sans intermédiaire (Pelsser, 1989). Le corps de l'enfant traduit pour lui son vécu intérieur. Cette tendance à somatiser devient problématique lorsque l'enfant est porté à l'exagération, que cela conduit à un dysfonctionnement majeur et à une utilisation excessive et récurrente de mesures médicales.

Les recherches menées par Lask et Fossom (1989), Benjamin et Eminson (1992), de même que Campo et Fritsch (1994), mettent en lumière certaines caractéristiques particulières de la somatisation infantile. Pour certains enfants, la somatisation implique la présence de plusieurs symptômes et non uniquement d'un symptôme isolé ; les plus

communs étant les maux de tête, le manque d'énergie, les douleurs musculaires, les nausées, les dérangements d'estomac, les douleurs dorsales et stomacales, une vision brouillée, une faiblesse générale et une intolérance alimentaire. Livingston (cité dans Campo & Fritsch, 1994) observe la présence des mêmes symptômes chez la population infantile au sein de ses recherches, tout en y ajoutant les étourdissements et les bourdonnements d'oreille. En fait, un vaste éventail de symptômes se rapportant à divers organes, peuvent survenir.

Selon plusieurs auteurs, certains mécanismes contribuent à l'apparition et au maintien de la somatisation chez les enfants. Ces facteurs se situent au niveau physique, familial, environnemental et au point de vue de la personnalité de l'enfant, c'est-à-dire au niveau psychologique. Au niveau physique, il semblerait que des dysfonctions physiologiques mineures ou une vulnérabilité biologique de l'enfant, puissent favoriser et même précipiter l'apparition des plaintes somatiques, c'est-à-dire augmenter les sensations dans certaines régions particulières du corps (Garraalda, 1996). Le fait d'être né avant terme et d'expérimenter très jeune la douleur peuvent également constituer des éléments précipitants (Grunau, Whitfield, Petrie, & Fryer, 1994). En effet, les adultes souffrant de somatisation ont rapporté avoir expérimenté une maladie physique ou une hospitalisation très tôt dans leur existence (Campo & Fritsch, 1994). Selon Garraalda (1996), certaines études ont indiqué que la somatisation chez les enfants est souvent précipitée par des problèmes d'ordre physique, mais que cette somatisation intensifie la douleur chez l'enfant sans qu'une cause organique puisse y être associée.

Ceci nous amène à parler des facteurs familiaux pouvant favoriser l'apparition de la somatisation chez les enfants. Campo et Fritsch (1994) notent certaines caractéristiques propres aux familles au sein desquelles évolue l'enfant somatisant. Tout d'abord, les parents auraient tendance à surprotéger leur enfant et manifesteraient une angoisse face aux séparations (Alvarez, & Dodge, 1990). De plus, ce type de famille a été décrite comme étant moins supportante, faisant preuve de moins de cohésion et s'adaptant plus difficilement aux diverses situations quotidiennes (Faull & Nicol, 1986 ; Walker & Green, 1987 ; Walker, McLaughlin, & Greene, 1988). Certains auteurs (Minuchin *et al.*, 1975) notent une plus grande rigidité dans leurs comportements et des difficultés face à la résolution de conflits. Garralda (1996) apporte d'autres précisions sur les caractéristiques familiales particulières : ces familles éprouveraient des difficultés aux plans psychologique et social, de même qu'un haut niveau de stress, un taux élevé de maladie physique ou psychologique, ainsi que des difficultés à exprimer les émotions. A ceci, s'ajouterait des problèmes de communication entre les membres de la famille (Faull & Nicol, 1986 ; Loeff, 1970; Maloney, 1980 ; Wasserman, Whittington, & Rivara, 1988). Pour Campo et Fritsch (1994), la somatisation apparaît essentiellement familiale, car ces auteurs notent que les enfants somatisants partagent fréquemment une variété de symptômes somatiques avec les membres de leur famille (Campo & Fritsch, 1994 ; Edwards, Zeichner, Kuczmierczyk, & Boczkowski, 1985). D'autres auteurs abordent la question de manque de soin parental et de maladie au cours de l'enfance, comme étant des éléments pouvant influencer les capacités de développer des stratégies afin d'affronter les symptômes somatiques (Craig, Drake, Mills, & Boardman, 1994).

Thomasgard (1998) ajoute que les problèmes de santé et une détresse psychologique parentale peuvent influencer l'apparition de la somatisation. De plus, il mentionne que de hautes attentes parentales au niveau académique et comportemental à l'endroit de l'enfant, de même que des déficits sociaux, la présence de maladies physiques ou psychologiques dans la famille, ainsi qu'une préoccupation excessive pour la santé, peuvent prédisposer l'enfant à présenter des symptômes de somatisation. De plus, les familles profondément dysfonctionnelles, abusant physiquement ou sexuellement de l'enfant pourront également influencer l'état de ce dernier.

Garraalda (1996) mentionne également l'importance du modelage familial et du renforcement du comportement de l'enfant malade dans le développement des troubles reliés à la somatisation. En effet, pour cet auteur (1996) les enfants partagent fréquemment une variété de symptômes avec un membre de la famille (Campo & Fritsch, 1994). La présence d'une symptomatologie similaire dans la famille de ces enfants qui somatisent peut avoir accentué l'attention de l'enfant sur les sensations corporelles. De plus, tel que mentionné précédemment, le renforcement parental des symptômes se transmet par l'augmentation de l'attention que les parents prodiguent à l'enfant lors de plaintes somatiques. Un dernier facteur prédisposant se rapporte aux événements stressants de la vie. Il semble exister une association entre la somatisation et un excès d'événements négatifs et stressants au cours de l'existence. Ces événements qualifiés de *traumatiques* peuvent être de l'ordre d'un stress éducationnel, relatif à de hautes attentes académiques, à une difficulté à s'adapter à l'école, ou même à la maltraitance ou aux abus sexuels. D'ailleurs, de nombreux auteurs ont associé l'abus

sexuel au cours de l'enfance à la présence d'éléments relatifs à la somatisation (Freud, 1962 ; Hunter, Kilstrom, & Loda, 1985 ; Kleven & Dejong, 1990 ; Livingston, Taylor, & Crawford, 1988 ; Morrison, 1989 ; Rimsza, Berg, & Locke, 1988). Ce qui signifie que la vulnérabilité psychologique propre à l'enfant, jumelée aux événements stressants de son existence et au stress éducationnel, peuvent contribuer à mettre en place un profil relié aux symptômes de somatisation.

Par ailleurs, toujours selon Campo et Fritsch (1994), l'apprentissage via les modèles familiaux est impliqué dans le développement et le maintien de la somatisation. En effet, une préoccupation excessive des parents à l'endroit de l'état du corps, des signes de faiblesse, ou des sensations corporelles particulières, une hypervigilance, des croyances particulières sur la santé, peuvent amener l'enfant à ressentir une certaine vulnérabilité et par conséquent, à somatiser. L'enfant présente alors des distorsions cognitives apprises qui l'amènent à percevoir les sensations corporelles d'un point de vue alarmiste (Barsky, Goodson, Lane, & Cleary, 1988).

De plus, un autre élément à considérer au point de vue environnemental, se rapporte au médecin consulté qui peut jouer un rôle critique dans le développement ou le maintien de la somatisation chez l'enfant. En effet, des investigations médicales non nécessaires et de lourdes procédures peuvent encourager la somatisation et augmenter la conviction que le patient est malade, tant pour ce dernier que pour les membres de sa famille. De plus, un diagnostic incertain (Walker & Greene, 1991), des conseils médicaux inadéquats et une réassurance excessive (Warwick & Salkovskis, 1985) ont tous été impliqués dans le développement ou la prolongation de la somatisation.

Certains facteurs psychologiques prédisposent également l'enfant à présenter des troubles de somatisation. Il importe de mentionner qu'un certain pourcentage d'enfants exprimant des plaintes somatiques présentent également des troubles psychiatriques se rapportant principalement aux troubles de l'humeur, c'est-à-dire d'ordre émotionnel, tels que la dépression, l'anxiété ou un comportement antisocial. Selon Garralda (1996), près du tiers ou la moitié de la population infantile somatisante en est atteint. De plus, les problèmes psychologiques les plus fréquemment associés à la somatisation sont la dissociation et les problèmes d'alexithymie. De manière générale, les enfants somatisants sont habituellement décrits comme étant consciencieux ou obsessifs, de même que sensibles, insécures, anxieux et présentant des déficits au plan de la socialisation (Garralda, 1992). De plus, ils éprouveraient de la difficulté à maintenir une certaine régularité au niveau des fluctuations de leur tempérament (Faull & Nicol, 1986). Par ailleurs, pour Kronenberger, Laite et Laclave (1995), les enfants présentant des problèmes de somatisation manifestent une faible estime de soi, tandis que pour Stone et Barbero (1970), ils sont conformistes et éprouvent un désir évident de faire plaisir à l'adulte afin d'obtenir son approbation. Ce type d'enfants serait particulièrement sensible à la détresse et à l'insécurité et anticiperait avec anxiété les divers dangers et échecs, tant pour lui-même que pour les membres de sa famille.

En bref, au cours de l'enfance, les facteurs physique, familiaux, environnementaux et individuels s'avèrent particulièrement significatifs au niveau de la somatisation et touchent directement le développement des enfants maltraités. A titre informatif, le traitement de la somatisation, autant chez les enfants que les adultes, semble répondre

favorablement lorsqu'il implique des techniques comportementales (Delameter, Rosenbloom, Coners, & Hertweck, 1983), ou un renforcement positif (Delameter *et al.*, 1983 ; Klonoff & Moore, 1986 ; Mizes, 1985), ou des techniques familiales (Goodyer, 1981 ; Mullins & Olson, 1990).

1.2.2 La dépression chez l'enfant

L'étude de la dépression infantile constitue un phénomène relativement récent dans les annales de la psychologie. Malgré l'évolution scientifique de ce syndrome encore relativement méconnu, il représente toujours un vaste domaine de recherches. Les premiers pas visant la compréhension et l'explication de cette problématique eurent lieu dans les années soixante-dix. Quelques années plus tard, les Américains offrirent des conférences sur le syndrome dépressif de l'enfant. Puis, graduellement, l'intérêt pour la souffrance psychique des enfants qui en sont victimes, connut un certain essor. Il apparaît étrange de constater que ce nouvel engouement pour la dépression infantile s'avère si récent, alors que de nombreux auteurs de renom l'avaient préalablement étudiée il y a de cela plusieurs décennies. Il s'agit entre autres de René Spitz (1963), psychiatre de l'enfant, s'étant penché sur le processus de dépression anaclitique chez les enfants privés de mère et de substitut maternel adéquat (cité dans McKnew Jr., Cytryn, & Yahraes, 1983). Dans la même lignée, Bowlby (1969 ; 1973 ; 1980) aborda l'importance de la qualité de la relation mère-enfant, pouvant influencer le développement ultérieur des humeurs dépressives chez l'enfant. En effet, selon Mahler (citée dans McKnew Jr. *et al.*, 1983), un enfant disposant d'une mère peu sensible et peu

disponible court davantage de risques de souffrir de dépression que l'enfant entretenant une relation positive avec la figure maternelle.

Cependant, l'acceptation de l'existence même de cette maladie mentale chez l'enfant demeure encore particulièrement controversée. En effet, de par son image, l'enfance représente une époque bercée par l'insouciance et la légèreté; d'aucun ne peut s'imaginer spontanément qu'un enfant puisse connaître des affects dépressifs sévères. Pourtant, le phénomène existe bel et bien : le stress, la tristesse et les soucis ne sont pas uniquement l'apanage des adultes, tel que semble le percevoir notre société. Il y a quelques décennies, les professionnels affirmaient que la dépression chez l'enfant était un phénomène exceptionnel ou qu'il n'avait pas d'existence en soi. Cependant, cette attitude de réticence relevait davantage du déni de la situation car la dépression chez l'enfant génère une grande culpabilité au sein de l'entourage. La société fermait donc ainsi les yeux sur la souffrance dépressive de ces enfants, engendrant malheureusement des retentissements particulièrement graves. Mais pourquoi la dépression infantile fut-elle si longtemps ignorée? Il apparaît qu'une des causes possibles résulte dans le fait que la plupart des enfants qui en souffrent sont décrits comme étant agréables et peu dérangeants. Leurs difficultés seraient donc masquées ou même imperceptibles aux yeux de leur entourage (McKnew Jr. *et al.*, 1983). De même, il semblerait que les enfants souffrent davantage de dépression à notre époque, qu'autrefois. Selon certains chercheurs, cela résulterait, en grande partie, de la diminution de l'étendue de la fratrie: l'enfant n'aurait plus ainsi un large réseau de frères et de sœurs en tant qu'aidants naturels, ce qui générerait un plus grand sentiment de solitude.

Nacht et Racamier proposent la définition suivante de la dépression :

état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente accompagnée d'un abaissement marqué du sentiment de valeur personnelle et d'une diminution non déficitaire de l'activité mentale, psychomotrice ou même organique. On retrouve ce néant à la base de toute dépression aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (cités dans Kohler & Bernard, 1970, p.6).

L'incidence de la dépression au sein de la population infantile ne peut être calculée de manière très précise, puisque les symptômes et les critères diagnostiques chez l'enfant s'avèrent différents de ceux considérés chez l'adulte et que la souffrance dépressive des enfants est davantage masquée; ces derniers ne possédant pas les moyens de communication verbale dont dispose l'adulte pour exprimer leur ressenti. Par conséquent, les enfants sont incapables de s'analyser de la même manière que l'adulte et ne manifestent pas leur dépression aussi ouvertement. Cependant, certaines recherches affirment que 2 à 3% des enfants souffrent de dépression et que ce pourcentage augmente jusqu'à 5 à 6% chez les adolescents (Hôpital Rivières-des-Prairies, 1987). Par ailleurs, d'autres recherches affirment que jusqu'à 5 à 10 % des enfants en souffriraient, ce qui s'avère relativement important (McKnew Jr. *et al.*, 1983).

De manière générale, il existe diverses formes de dépressions variant en durée et en intensité. Une simple humeur dépressive chez l'enfant pourra disparaître en quelques jours, alors que de véritables troubles dépressifs s'échelonneront sur une plus longue période de temps. Plus spécifiquement, il existerait, selon McKnew Jr., Cytryn et Yahraes (1983), trois types de dépressions pouvant survenir chez l'enfant d'âge scolaire (6 à 12 ans). Il s'agit de la dépression aiguë, de la dépression chronique et de la dépression masquée. Ces trois types de dépression peuvent entraîner des perturbations

sévères du fonctionnement aux plans scolaire, social, alimentaire, moteur, de même qu'au niveau du sommeil, ainsi que l'apparition de sentiments de désespoir et de pensées suicidaires. Toutefois, leurs étiologies varient. En effet, ces auteurs distinguent la dépression chronique de la dépression aiguë.

L'enfant atteint de dépression chronique ne présente pas de cause directe (contrairement à celui qui souffre de dépression aiguë), sa maladie dure plus longtemps et il existe chez lui une histoire annexe d'intégration sociale ou affective, des épisodes dépressifs antérieurs et une maladie dépressive chez un membre proche de sa famille, principalement la mère. L'enfant atteint de dépression aiguë tombe malade en réponse à des événements de vie personnelle ou de celle de ses proches. Sa mère a dû être hospitalisée, son grand-père est mort, sa famille a déménagé, un de ses jouets favoris a disparu, c'est là une liste partielle des circonstances possibles de déclenchement d'un accès de dépression aiguë (McKnew Jr. *et al.*, 1983, pp.47-48).

Quant à la dépression masquée, l'enfant qui en souffre sera porté à user de passages à l'acte de type antisociaux, afin de soulager la souffrance engendrée par son état. Ces comportements peuvent être de l'ordre du vol, de la pyromanie, des drogues, des fugues, des querelles, etc., et dissimulent la véritable nature de la dépression infantile (McKnew Jr. *et al.*, 1983).

Pour parler de dépression, plusieurs symptômes doivent persister simultanément depuis des semaines, voir même des mois. La dépression n'est habituellement pas transitoire et ses modalités d'expression, de même que la prévalence d'un symptôme, peuvent varier avec l'âge. Donc, le syndrome dépressif de base demeure toujours le même selon l'âge mais les symptômes diffèrent. Chez les très jeunes enfants, le diagnostic de dépression se fera selon la mimique et les comportements particuliers de l'enfant. Chez l'enfant plus âgé, nous observons une plus grande incidence relativement à l'expression de son vécu intérieur. La dépression associe d'une manière constante un

trouble de l'humeur, manifesté par la tristesse, l'ennui, le désintérêt et le désespoir (coloration pessimiste de nos états d'âme) à d'autres symptômes : il s'agit du syndrome dépressif. Il existe toute une panoplie de symptômes qui varient en intensité, en fréquence et en chronicité. Fait à noter, les symptômes se présenteront davantage dans le comportement de l'enfant ou via sa communication non verbale. En effet, il s'avère exceptionnel qu'un enfant exprime et traduise verbalement sa souffrance dépressive. Cette souffrance ressortira davantage dans ses productions graphiques ou lors de tests projectifs, qui seront porteurs de thèmes morbides, ou reliés à la maladie, à l'abandon, etc.

Les symptômes de la dépression infantile comportent quatre catégories principales. La première catégorie se rapporte à l'inhibition intellectuelle : l'enfant présente alors des problèmes de concentration, d'attention, une indécision, un bas rendement scolaire, de même que des difficultés mnésiques. Par ailleurs, les recherches démontrent que les enfants déprimés évaluent négativement leurs performances, leurs habiletés et autres qualités significatives (Kendall, Stark, & Adam, 1990). Une autre catégorie de symptômes dont l'enfant peut souffrir, consiste en un ralentissement moteur qui se caractérise par une rareté des gestes, une pauvreté des mimiques, une immobilité du corps, une diminution des activités de jeux ou sportives, de même qu'un discours verbal lent et monotone. L'enfant peut même présenter un mutisme électif. Puis, il y a les signes physiques : il s'agit des troubles de l'appétit, des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) et des plaintes physiques (McKnew Jr. *et al.*, 1983). Grâce à la somatisation, l'enfant lance un appel à l'aide : son corps traduisant pour lui, à travers des

symptômes hétéroclites, ce qu'il s'avère incapable d'exprimer verbalement. Les plaintes somatiques sont relativement communes chez les enfants déprimés. Ces plaintes sont considérées comme étant problématiques lorsqu'il n'existe aucune raison médicale objective à la douleur ressentie. Les plaintes les plus communes concernent les maux de tête, les maux d'estomac, de dos, de jambes, de même qu'un inconfort général (Stark, 1990). L'enfant peut également présenter une préoccupation excessive pour le corps et la santé, entretenir des idéations suicidaires, une grande fatigue et être moins actif. Finalement, la dernière catégorie de symptômes dépressifs est constituée de signes psychologiques qui s'avèrent particulièrement variés. Les principaux se rapportent au sentiment d'impuissance, de perte d'intérêt et de plaisir dans les activités quotidiennes, à une inhibition face aux jeux, une humeur triste, une irritabilité marquée, des pleurs fréquents et sans raison manifeste, une culpabilité, un sentiment de tristesse, un retrait social, un sentiment d'être mal aimé, des phobies, une perte du sens de l'humour et un désespoir face à l'avenir. L'enfant tendra également à fuguer (Hôpital Rivières-des-Prairies, 1987).

Les excès d'anxiété caractérisent également les enfants victimes de dépression. Malgré le fait que l'humeur dysphorique constitue le principal symptôme de la dépression, il semblerait qu'elle soit maintes fois jumelée à des troubles anxieux. Nous parlons alors de troubles anxieux-dépressifs. En plus des inhibitions motrices et psychiques variées, l'enfant déprimé présente donc un haut niveau d'anxiété. En fait, les désordres de l'anxiété représentent probablement le trouble le plus fréquent survenant simultanément lors d'un épisode dépressif (Kovacs, 1985). Toutefois, il importe de

spécifier que les enfants déprimés présentent principalement une anxiété de séparation. Plusieurs recherches ont d'ailleurs rapporté une association entre la dépression chez l'enfant et l'anxiété de séparation (Puig-Antich, Blau, Marx, Greenhill, & Chambers, 1978).

L'étiologie de la dépression infantile n'est guère homogène car aucune situation ou événement particulier ne peut déclencher automatiquement une dépression chez l'enfant. Cependant, selon McKnew Jr., Cytryn et Yahraes (1983), certains facteurs ou conditions semblent prédisposer à l'apparition de symptômes dépressifs. Ces auteurs mentionnent entre autres, qu'au niveau génétique, il semblerait que l'hérédité puisse entraîner une variation de l'incidence de la dépression. Il en est ainsi lorsque les enfants ont des parents déprimés au sein du milieu familial: il s'agit là de la cause directe la plus fréquente des humeurs dépressives chez l'enfant (McKnew Jr. *et al.*, 1983).

Au plan des facteurs familiaux, les conditions sont encore plus variées. Ce peut être la mésentente conjugale, la séparation des parents, la négligence, les carences affectives et éducationnelles, la séparation précoce d'avec la mère, etc. Au plan biologique, certaines recherches démontrent des modifications au niveau de la sérotonine ou de la catécholamine chez les enfants et les adultes déprimés. Elles interviennent au plan de la transmission des neurones ou des neurotransmetteurs. Cependant, on ignore toujours si les modifications observées reflètent la cause ou l'effet de la dépression. Quant aux causes psychologiques, elles sont plus facilement repérables chez l'enfant. Ce peut être, entre autres, le refoulement de l'agressivité ou de hautes attentes parentales. De plus, il apparaît que les enfants de famille séparée sont plus exposés au stress et par conséquent,

aux affects dépressifs. Il en est de même pour les enfants ayant vécu une problématique incestueuse, d'abus ou de rejet. En fait, les enfants victimes de carences physiques, affectives ou éducatives s'avèrent particulièrement à risque de développer des symptômes dépressifs (McKnew Jr. *et al.*, 1983). Ces enfants souffrent généralement d'anxiété d'abandon causée par le climat anxiogène dans lequel ils évoluent. L'étiologie de la dépression peut également se rapporter aux fréquents déménagements. Cela génère beaucoup de stress, de pertes, de deuils, et l'enfant s'y s'adapte difficilement car il ne possède pas les mêmes moyens de communication que l'adulte pour continuer à entretenir des liens. Toutes les pertes soudaines, les causes physiologiques, telles que les handicaps et les séparations avec des personnes et/ou endroits aimés sont susceptibles de susciter un syndrome dépressif chez l'enfant.

En somme, il existerait deux groupes principaux de facteurs étiologiques relatifs à la dépression infantile : il s'agit des facteurs génétiques et des facteurs qualifiés d'environnementaux, incluant les éléments familiaux. Les causes sont multiples et diversifiées. Il n'existe pas de cause universelle. Il s'agit davantage d'une explication circulaire où les dimensions psychologiques, sociales et biologiques interagissent les unes sur les autres (Hôpital Rivières-des-Prairies, 1987).

En terminant, mentionnons à titre informatif, quelques indications au point de vue thérapeutique. Habituellement, l'enfant consulte suite à la perception des parents qui constatent que quelque chose perturbe leur enfant. Le traitement habituellement proposé à l'enfant comporte deux volets thérapeutiques qui gagnent à être utilisés conjointement. Premièrement, la plupart des professionnels offriront une psychothérapie individuelle à

l'enfant afin de découvrir les mécanismes à l'origine de la dépression. Conjointement à la thérapie de l'enfant, ils proposent aux parents du support, de même qu'une thérapie familiale car l'environnement dans lequel l'enfant évolue est habituellement étroitement relié à l'apparition du syndrome dépressif. Jumelée à la psychothérapie, certains médecins ou pédopsychiatres offrent des médicaments antidépresseurs à l'enfant. Les réticences dans ce domaine sont très fortes et les recherches actuelles tentent de découvrir et de prouver les bienfaits ou les inconvénients de l'utilisation de la pharmacothérapie auprès des enfants. Le potentiel évolutif de l'enfant face à la dépression dépendra de sa propre implication, de celle de ses parents, de même que du milieu scolaire. Manifestation d'un conflit intrapsychique, la dépression ne peut être ignorée, comportant trop de risques à long terme pour l'enfant. Non traitée, elle entraîne des conséquences dramatiques, telles que le décrochage scolaire, la délinquance et même des tentatives de suicide. Cette variable, c'est-à-dire la dépression, fut retenue dans le cadre de ce mémoire, car elle est susceptible de toucher les enfants maltraités.

1.2.3 L'anxiété chez l'enfant

Les états anxieux de l'enfance et de l'adolescence constituent une problématique relativement fréquente, tant chez la population féminine que masculine, possédant d'ailleurs des origines particulièrement hétéroclites. Il s'agit en fait d'une autre forme de phénomène pouvant se regrouper sous la rubrique des symptômes internalisés chez l'enfant. Passant maintes fois inaperçue aux yeux de l'entourage, l'anxiété génère tout de même des conséquences relativement néfastes pour l'enfant qui en souffre. De plus, étant donné le vécu pénible des enfants maltraités, tant aux plans physique que psychologique, ces derniers ne s'avèrent guère à l'abri de telles difficultés; en fait, ils seraient davantage à risque que la population infantile en général.

L'intérêt pour l'anxiété observée chez l'enfant est apparu au début du 20^e siècle lors de travaux menés par Freud (Klein & Last, 1989). Bien qu'elle fasse partie de la vie de tout enfant, l'anxiété peut tout de même être synonyme d'une évolution pathologique si elle devient démesurée et handicape l'existence de l'enfant. L'étymologie du terme anxiété origine d'une expression latine, *angere*, signifiant serrer. Plus spécifiquement, selon l'*American Psychiatric Association* en 1980 (Husain & Kashani, 1992), l'anxiété ou l'angoisse se définit en tant qu'appréhension ou tension, provenant de l'anticipation d'un danger réel ou imaginaire. Ce danger peut porter sur un objet, une situation nouvelle, un imprévu ou une activité particulière que l'enfant tentera d'éviter : nous parlerons alors de phobie. Ce peut être également une anxiété ne portant pas sur quelque chose en particulier : ce type d'anxiété est alors dite diffuse. L'anxiété

s'exprime par la peur ou le doute face à un événement ultérieur que l'enfant percevra comme étant dangereux, embarrassant ou dont il est difficile de sortir. Il tendra alors à fuir ces situations ou à les refuser (Jalenques, Lachal, & Coudert, 1992). La peur est considérée comme une réponse normale à une situation de stress particulière, tandis que l'anxiété apparaît exagérée face une situation générant un stress modéré ou non relié de quelque façon que ce soit aux stressseurs externes. Les craintes de l'enfant pourront porter sur son entourage, pour qui il craint un accident, la mort, une disparition, etc. L'enfant peut également entretenir des préoccupations anxieuses face à un danger imminent qui pourrait l'atteindre lui-même (Jalenques *et al.*, 1992).

Quant à l'épidémiologie des états anxieux chez l'enfant, ils apparaissent relativement importants, atteignant un pourcentage de près de 10% auprès de cette population, selon Jalenques, Lachal et Coudert (1992). Cependant, les résultats démontrent de nombreuses divergences selon les recherches effectuées dans le domaine et ces résultats varient en fonction de divers facteurs propres à l'enfant, tels que le sexe, l'âge, la personnalité, le tempérament, l'appartenance à un faible niveau socio-économique, ainsi que les facteurs familiaux, tels que des parents présentant des états anxieux ou dépressifs (Jalenques *et al.*, 1992). Cependant, il n'en demeure pas moins que les filles tendent à souffrir davantage de ce type de problématique que les garçons (Abe & Masui, 1981 ; Husain & Kashani, 1992 ; Jalenques *et al.*, 1992 ; Reeves, Werry, Eklind, & Zamekin, 1987) et que plus l'enfant avance en âge, moins les symptômes relatifs à l'anxiété se font sentir (Husain & Kashani, 1992).

L'anxiété chez l'enfant ne s'avère pas toujours clairement visible aux yeux de l'entourage, car l'enfant est habituellement tranquille et se comporte bien. Cependant, selon les états anxieux, les modalités d'expressions de l'anxiété de l'enfant pourront prendre la forme d'une expression comportementale, somatique, psychique, relationnelle et cognitive. Au point de vue comportemental, toujours selon Jalenques, Lachal & Coudert (1992), l'enfant aura tendance à faire des colères de manière répétitive, à être instable au niveau psychomoteur et susceptible face à de banales remarques. Ses gestes pourront être désordonnés, fébriles et il pourra même manifester des tremblements, de même que certaines habitudes motrices, telles que la trichotillomanie ou les tics. L'enfant aura manifestement beaucoup de difficultés à se relaxer. De plus, au point de vue de l'expression somatique, l'enfant anxieux présentera régulièrement une augmentation de la tension artérielle, de la tachycardie, un visage pâle, une bouche sèche, divers spasmes, des troubles du sommeil, des plaintes hypocondriaques, de même qu'un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle.

Tous ces malaises s'exprimeront également au niveau du psychisme de l'enfant, qui constitue une autre modalité d'expression de l'anxiété. Ce malaise affectera le corps et l'esprit de l'enfant et ce dernier souffrira d'une vive angoisse, qu'il pourra ou non expliquer dans ses propres termes. Selon Rideau (1971), il aura tendance à être très émotif, instable, tendu, irritable, incapable d'effectuer une tâche sur une longue période de temps, imprévisible, parfois agité, parfois apathique, à d'autres moments agressif et violent, ou au contraire indifférent. Le rendement scolaire peut donc en être gravement perturbé en raison de l'attention qui est diffusée ailleurs.

L'expression relationnelle de l'enfant anxieux l'amènera à entretenir des conduites d'évitement, d'inhibition ou de la timidité face à diverses situations ou en contact avec autrui. Ces conduites d'évitement peuvent être d'une telle gravité, que l'enfant pourra être amené à éviter toute forme de relation et à demeurer constamment à l'écart. De plus, étant donné son refus d'interagir avec autrui, l'enfant se retrouvera souvent et malgré lui, en situation d'opposition avec l'adulte, et manifestera des problèmes comportementaux, de la dépendance à son égard ou un attachement excessif. Ces types de réactions généreront une tendance au rejet et à l'agressivité de la part de son entourage.

Finalement, la dernière forme de modalités d'expression se rapporte à la sphère cognitive. En effet, l'enfant anxieux manifestera une inhibition intellectuelle l'amenant à éprouver des difficultés scolaires et favorisant les conduites d'échec.

L'anxiété chez l'enfant ne portera pas toujours sur les mêmes craintes, fonction du vécu de chaque enfant. Par exemple, lorsque l'enfant souffre d'anxiété de séparation, il craindra de perdre ses parents d'une quelconque façon. Il craint donc de se rendre à l'école et même de s'endormir, de peur qu'ils ne soient partis à son retour ou à son réveil (Jalenques *et al.*, 1992). L'enfant peut également entretenir diverses phobies consistant en des peurs irraisonnées d'un objet ou d'un danger réel, mais sans parvenir pour autant à se rassurer. Ces phobies apparaissent habituellement très tôt au cours de l'enfance (Marks & Gelder, 1966). Il aura maintes fois tendance à dissimuler, à camoufler ses phobies en raison du sentiment de honte, de gêne et de culpabilité qui l'habite. Les principales phobies peuvent porter sur des objets, des situations, une crainte de l'échec

ou de l'avenir, des personnes étrangères, ou des craintes particulières concernant le corps (Jalenques *et al.*, 1992). En fait, toute situation ou tout objet peut être à l'origine d'une phobie et entraîner des conduites d'évitement (Klein & Last, 1989), une grande tension et un besoin d'être rassuré de manière excessive de la part de l'entourage.

Au point de vue des facteurs étiologiques de l'anxiété infantile, il semble exister un vaste éventail de facteurs pouvant contribuer, seuls ou en combinaison, au développement de ce type de désordre psychologique. En effet, il apparaît que des facteurs d'ordre familial, le vécu de circonstances traumatiques, des facteurs développementaux, de même qu'au niveau du tempérament de l'enfant, pour n'en nommer que quelques-uns, puissent entrer en ligne de compte.

Par ailleurs, les facteurs familiaux apparaissent surtout en relation avec la figure maternelle. En effet, nous observons que les mères d'enfant anxieux tendent à démontrer également des problèmes du même ordre que leur enfant au plan de l'anxiété, à être particulièrement surprotectrices à l'endroit de ce dernier et à renforcer le manque d'autonomie et les manifestations de dépendance de leur enfant. Pour toutes ces raisons, il semblerait, selon Eisenberg (1958), que les difficultés maternelles puissent être à l'origine des états anxieux de l'enfant et peuvent même contribuer à maintenir ces difficultés. De plus, il semble exister, dans ces familles, une forte agrégation de troubles anxieux ou dépressifs parmi les membres, rendant l'enfant plus vulnérable face à ce type de difficultés psychologiques (Jalenques *et al.*, 1992).

Un autre facteur susceptible d'influencer l'enfant réside dans les expériences traumatiques auxquelles il peut être confronté dans son existence (Gittelman-Klein &

Klein, 1980 ; Jalenques *et al.*, 1992 ; Klein & Last, 1989 ; Monroe & Wade, 1988). Ces expériences sont particulièrement hétéroclites et peuvent influencer l'enfant de diverses façons. Ce peut être le décès d'un proche parent, un déménagement, un changement de milieu scolaire ou la maladie d'un proche. La maltraitance est également susceptible de générer de l'anxiété.

Les facteurs développementaux peuvent également affecter l'enfant. Par exemple, certaines peurs sont communes dans le développement normal de l'enfant et ne doivent pas être considérées comme pathologiques, sauf si elles semblent excessives et handicapent le fonctionnement de l'enfant tout en lui causant une grande détresse psychologique (Klein & Last, 1989). Finalement, un dernier type de facteur étiologique concerne le tempérament propre à l'enfant anxieux. Celui-ci est décrit comme étant plus passif et inhibé que la moyenne des enfants de son âge (Hersov, 1960). Il présente également des éléments de dépendance, de repli, de timidité d'introversion et d'immaturité, cherchant le réconfort de manière excessive au sein de son entourage (Berg & McGuire, 1971 ; Jalenques *et al.*, 1992).

En conclusion, l'anxiété chez l'enfant peut être soulagée par l'emploi de diverses méthodes, telles que la thérapie et la relaxation, afin d'apprendre à l'enfant à maîtriser son anxiété et à mettre de côté son état perpétuel d'alerte et de vigilance à l'endroit de son environnement.

1.2.3 Le retrait chez l'enfant

Une autre problématique, la dernière que nous aborderons relativement aux problèmes internalisés chez les enfants, se rapporte à la tendance que peuvent manifester ces derniers à se retirer socialement du groupe de pairs. L'anxiété, générée par des personnes étrangères ou des situations nouvelles, paralyse alors littéralement l'enfant et l'amène à développer une vulnérabilité et une inhibition sociale. Cette inhibition, pouvant avoir un impact sur un certain nombre de secteurs de la vie de l'enfant (Marcelli, 1993), peut être particulièrement importante. Ces enfants sont alors presque toujours isolés et disposent d'une personnalité dite évitante: ils sont manifestement inhibés, craintifs, témoignent d'une grande timidité et d'embarras face aux individus, tout en éprouvant des difficultés importantes à interagir avec autrui ou à s'engager dans des expériences nouvelles. Le retrait social est relativement stable dans la vie de l'enfant et est étroitement relié à une profonde insécurité intérieure et une perception de soi négative (Ruben & Asendorpf, 1993). Cependant et fait à noter, ce type d'enfants n'a pas une absence d'intérêt face aux relations sociales et aux expériences, mais ils craignent seulement de passer à l'acte (Pelsser, 1989). Leur anxiété sociale et leur inhibition les empêchent donc d'interagir adéquatement avec autrui. Plus précisément, Pelsser (1989) fait allusion aux critères de la personnalité évitante chez les enfants et les adolescents en se référant DSM-III :

- 1) désirs d'affection et d'approbation de la part d'autrui; crainte du rejet, de la moquerie, de la dépréciation, de la désapprobation; besoin de rassurance, d'encouragement ;

- 2) relations chaleureuses et satisfaisantes avec les membres de la famille et les personnes familières, mais retrait social persistant et excessif vis-à-vis des personnes étrangères et des camarades du même âge ;
- 3) estime de soi faible, manque de confiance en soi; tendance à interpréter des détails anodins comme des signes de moquerie et de rejet, à déprécier ses réalisations personnelles, à se montrer concerné à l'excès par ses propres défauts ;
- 4) réticence à se lier aux autres, à créer de nouvelles relations, à défaut d'avoir des garanties claires d'être accepté sans condition, sans critique, fonctionnement social restreint avec les pairs ;
- 5) manque d'affirmation de soi, inhibition de l'action motrice ou de l'initiative, passivité, tranquillité, incapacité de parler aux autres, mutisme électif; parfois, inhibition de la vie fantasmatique ou du fonctionnement intellectuel; à l'adolescence, inhibition de l'activité psychosexuelle normale ;
- 6) crainte des situations ou des activités nouvelles et non familières, incapacité de faire face aux expériences nouvelles sans l'aide et le soutien de l'adulte ;
- 7) sentiments réguliers d'anxiété, de tristesse et de colère contre soi-même du fait de ne pouvoir développer des relations sociales et s'engager dans des activités (Pelsser, 1989, pp.493-494).

Pour Tessier, Tarabulsy et Provost (1996), le retrait social occasionne d'importantes séquelles pour l'enfant au plan sociocognitif, psychologique et relationnel. En effet, en raison de son inhibition, l'enfant ne peut bénéficier des avantages liés aux interactions sociales avec ses pairs et acquérir les notions de base nécessaires pour entretenir des relations adéquates. Il importe cependant de faire la distinction entre retrait social, associé à l'acte d'être seul, à la solitude et à l'évitement des interactions sociales, par rapport à l'isolement, où c'est le groupe qui demeure alors à l'écart de l'enfant. En fait dans le retrait social, c'est l'enfant lui-même qui se tient à l'écart du groupe, tandis que pour l'isolement, c'est le groupe qui tient l'enfant à l'écart. Toutefois, les enfants retirés socialement éprouvent beaucoup de difficultés à entretenir des liens d'amitié et tendent

parfois à être également victimes de rejet de la part du groupe de pairs. Il en résulte de nombreuses conséquences, notées par Rubin, Younger, Hymel et Asendorpf (cités dans Rubin & Asendorpf, 1993), telles que le manque de confiance en soi, la tristesse, la solitude, et les sentiments dépressifs. En fait, le retrait social est étroitement associé aux désordres internalisés dans l'enfance (Achenbach & Edelbrock, 1981) et est perçu comme un surcontrôle émotionnel et comportemental (Achenbach & Edelbrock, 1981 ; Cicchetti & Toth, 1991).

Pour quelles raisons certains enfants auront-ils ainsi tendance à se retirer socialement? La plupart des théories affirment que l'émergence de cette problématique ne résulte pas uniquement d'un facteur isolé, mais plutôt de la convergence de divers facteurs, tels que les aspects biologiques, les premières expériences de vie, ainsi que le contexte familial et extrafamilial (Bronfenbrenner, 1996 ; Campo, Barrett, Lamb, Goldsmith, & Stenberg 1983 ; Sameroff, 1983). Pour Rubin et ses collègues (1990), l'enfant peut être prédisposé au retrait social en raison de certaines circonstances familiales, ainsi que par son propre tempérament, son estime de soi, le type de relations entretenues avec les pairs, la qualité de l'attachement mère-enfant, ainsi que par les stratégies employées pour l'éduquer.

Nous aborderons de manière plus approfondie le facteur familial puisque la maltraitance se produit dans un contexte familial. Donc, un élément particulièrement significatif dans la genèse de cette problématique du retrait social, se rapporte aux facteurs familiaux, à la relation d'attachement parent-enfant, et principalement à l'aspect crucial relié à la relation entretenue avec la figure d'attachement primaire,

habituellement la mère (Bowlby, 1973 ; Bronfenbrenner, 1979 ; Bronfenbrenner & Crouter, 1983 ; George & Main, 1979). En fonction du type de relation entretenue avec cette première figure, l'enfant sera amené à développer un attachement qualifié de sécure ou d'insécure (Bowlby, 1988). Ce type d'attachement se perpétuera à l'âge adulte dans ses relations avec autrui. Renken et ses collaborateurs (1989), de même que Troy et Sroufe (1987), mentionnent que le manque de confiance en soi et en autrui, un mode d'interaction agressif, de même que l'hostilité, caractérisent les enfants présentant un attachement dit insécure-évitant, tandis que l'enfant avec un attachement ambivalent-évitant, manifestera une certaine dépendance, une tendance à douter de soi, une faible estime de soi et peu de confiance en lui-même (Provost, 1990). Ces enfants présentant ces types d'attachement seront à risque de développer des difficultés de l'ordre du retrait social.

Étant donné que les relations d'attachement acquises au cours de l'enfance sont très significatives, le développement d'une insécurité au point de vue de l'attachement, contribuera à la manifestation d'une insécurité généralisée dans les relations ultérieures avec les pairs (Rogosch, Cicchetti, & Mt. Hope Family Center, 1994). En effet, un enfant ne saurait explorer le monde environnant avec aisance et confiance, sans avoir préalablement établi une relation d'attachement émotionnellement sécure avec les gens qui en prennent soin. Donc, l'établissement d'une telle relation permet logiquement à l'enfant d'acquérir les compétences sociales nécessaires pour explorer son environnement social (Ainsworth *et al.*, 1978 ; Bowlby, 1969), ayant acquis un sentiment d'efficacité personnelle et intégré un modèle d'interactions se généralisant aux

relations ultérieures. L'enfant devient donc apte à bénéficier des échanges avec ses pairs, tant au point de vue cognitif que social. Le développement de la relation sécurisée dépend, en retour, de la capacité du parent à démontrer une sensibilité et une disponibilité à l'endroit de l'enfant, ainsi qu'une capacité à répondre aux besoins de l'enfant avec constance et ce, de manière appropriée. Les parents d'enfants compétents au niveau social, sont chaleureux, supportants, interagissent et échangent ouvertement, tout en exerçant un contrôle rationnel sur leur enfant (Baumrind, 1967 ; Maccoby & Martin, 1983), tandis que les parents d'enfants retirés socialement sont décrits comme étant davantage autoritaires, punitifs et rigides, de même que surprotecteurs, dominateurs, demandants, infantilisans, détachés et rejetants (Baumrind, 1967 ; Hetherington & Martin, 1986 ; Levy, 1943 ; Martin, 1975 ; Wahler & Dumas, 1987). Cependant, la majorité des enfants développeront heureusement un attachement sécurisé avec leurs parents (Ainsworth *et al.*, 1978) leur permettant d'incorporer un parent répondant et disponible et ainsi, favorisant l'exploration de leur environnement, la confiance en soi et le sentiment de sécurité intérieure face aux nouvelles situations et personnes étrangères (Sroufe, 1983).

Par ailleurs, il importe également de mentionner l'existence de certains styles parentaux qui peuvent contribuer au développement de la tendance au retrait social chez les enfants. La documentation proposée par Baumrind en 1967 (Provost, 1990) mentionne quatre styles parentaux distincts, soit les styles autoritaire-autocratique, indifférent-désengagé, indulgent-permissif, de même que influent-réciproque. Nous ne

détaillerons que les deux styles apparaissant davantage liés à la problématique explicitée dans la présente section, soit autoritaire-autocratique, ainsi qu'indifférent-désengagé.

Le premier style se caractérise par l'autoritarisme : il s'agit du style autoritaire-autocratique abondamment étudié par Baumrind (1967 ; Provost, 1990). Dans ce type de famille, les règles édictées sont particulièrement strictes et l'enfant doit obéir aux ordres émis par ses parents. Le parent émet donc des ordres, mais prend peu en considération les demandes de son enfant. Si par malheur, l'enfant fait montre de désobéissance, les parents useront alors de punitions relativement sévères, pouvant même aller jusqu'à l'emploi de la force physique. Les parents autoritaires exercent un grand contrôle sur leur enfant et adoptent une attitude froide et détachée à son égard (Provost, 1990). Ce style parental se caractérise donc par la rigidité, l'ordre, l'obéissance et la toute-puissance de l'adulte sur l'enfant (Provost, 1990). Il en résulte que les enfants développeront possiblement de la méfiance à l'endroit d'autrui et auront tendance à se retirer d'un groupe et à se renfermer sur eux-mêmes (Provost, 1990). Faisant montre de peu de compétences sociales, ainsi que d'un manque de créativité, d'ambition, d'estime de soi (McEachern, 1974 ; Provost, 1990), de spontanéité et d'initiative, ils se montreront soumis et se laisseront dominer très facilement : ils auront acquis le sentiment de n'avoir pratiquement aucun contrôle sur leur existence, leurs parents édictant les règles pour eux de manière très ferme (Provost, 1990). Cependant, certains enfants ne régiront pas à l'autoritarisme de leurs parents par la soumission, mais davantage avec agressivité (Provost, 1990).

Le style indifférent-désengagé constitue un autre style parental pouvant influencer sur le retrait social de l'enfant. Il se caractérise par un manque d'intérêt et d'implication de la part des parents (Provost, 1990). Au sein de ce type de relation, il semble exister une distance affective entre les parents et leur enfant : ils s'en occupent très peu et leurs gestes sont parfois uniquement reliés à la satisfaction des besoins vitaux de l'enfant et même pour s'en débarrasser. Ce type d'attitudes peut donc dégénérer rapidement vers la négligence de l'enfant à divers niveaux. De plus, leur méthode punitive, plutôt de type coercitive (Bousha & Twentyman, 1984 ; Reid, 1986), s'avère particulièrement extrémiste et inconsistante, pouvant même conduire jusqu'à l'usage de la violence envers l'enfant et par conséquent, de maltraitance (Maccoby & Martin, 1983). Burgess et Conger (1977) mentionnent que ce type de parents, et particulièrement les mères, dialoguent moins avec leur enfant et ont moins tendance à renforcer leurs comportements de diverses manières, telles que par l'usage de félicitations. Aussi échouent-elles à exercer un contrôle réel sur leur enfant.

Le non-engagement des parents amène de graves déficits dans le développement psychosocial de l'enfant. Olweus (1980) affirme même qu'une attitude d'indifférence, c'est-à-dire de violence silencieuse de la part de la mère, est plus préjudiciable que l'utilisation de punitions corporelles, bien que les deux soient très souvent interreliées. Les enfants de parents désengagés développent en effet peu d'estime pour eux-mêmes (Loeb, Horst, & Horton, 1980 ; Thomas, Gecas, Weigert, & Rooney, 1974). De façon caractéristique, ils manifestent un faible contrôle de leurs impulsions, ils ont de la difficulté à différer leurs désirs sur autre chose, désobéissent fréquemment, tout en

démontrant de l'agressivité (Bousha & Twentyman, 1984 ; Hatfield, Ferguson, & Alpert, 1967 ; McCord, McCord, & Howard, 1961 ; Olweus, 1980). Ils manquent aussi de compétences sociales avec leurs pairs (Bousha & Twentyman, 1984). Ces enfants deviennent des adolescents et ultérieurement, de jeunes adultes impulsifs ne tolérant pas la frustration et ayant de la difficulté à contrôler leur agressivité (Pulkkinen, 1982). Ils démontrent également davantage de comportements délinquants, tels que boire davantage ou encore avoir des démêlés avec la justice (Patterson, 1982 ; Pulkkinen, 1982). On retrouve ces mêmes caractéristiques chez les enfants victimes de violence parentale. Ceux-ci montrent en effet un taux plus élevé de problèmes d'ajustement social, de comportements agressifs et antisociaux et de difficultés à maintenir leur relation avec les autres (Kinard, 1979). En somme, les enfants de parents indifférents ou violents risquent de développer des troubles reliés à la personnalité antisociale.

D'autres facteurs susceptibles de survenir dans la constellation familiale peuvent affecter le développement des compétences sociales chez l'enfant et influencer la qualité de la relation ainsi que le bien-être émotionnel et social de l'enfant (Cohen & Wills, 1985). Ce peut être la pauvreté, le stress, les conflits parentaux, l'insensibilité, l'inconsistance, de même que la punition (Gottman & Katz, 1989 ; Radke-Yarrow, Richters, & Wilson, 1988). Ces éléments pourront influencer les valeurs parentales, les attitudes, les attentes concernant l'enfant et la qualité de l'interaction parent-enfant. Les parents pourront être sous l'influence de divers stress et se conduire alors de manière inappropriée avec leur enfant, soit en le négligeant, soit en le contrôlant exagérément, comme nous l'avons expliqué antérieurement (Crnic & Greenberg, 1990 ; Patterson,

1983 ; Wahler & Dumas, 1987). L'origine de ce stress peut être de divers ordres : par exemple, ce peut être l'enfant lui-même, de par sa personnalité ou les conflits conjugaux. En présence de cette dernière problématique, les parents éprouveront de la difficulté à maintenir leur sensibilité et leur disponibilité à l'endroit de l'enfant, ce qui affectera ultérieurement le développement de ce dernier à différents niveaux, tels que les problèmes de comportements, les troubles de la personnalité, la délinquance, etc. A l'inverse, une bonne entente conjugale sera généralement garante d'un développement relativement harmonieux pour l'enfant (Deal, Halverson, & Wampler, 1989 ; Emery & O'Leary, 1982 ; Gerber, 1976 ; O'Leary & Emery, 1984 ; Porter & O'Leary, 1980).

Les familles maltraitantes, avec leur haut niveau de dysfonctionnement, n'échappent pas à l'influence qui peut en résulter sur le développement socio-émotionnel de l'enfant. De toute évidence, certains enfants abusés ne conserveront pas de séquelles à long terme de leurs traumatismes, mais plusieurs deviendront des adultes particulièrement frustrés et difficiles (Lynch & Roberts, 1982). En fait, selon Erickson et ses collaborateurs (1989), ces enfants ont l'habitude de ne pas se sentir aimés et croient à tort qu'ils ne méritent pas qu'on s'occupe d'eux. Lorsque les parents manifestent de l'insensibilité, tout en étant peu répondants et rejetants dans la première année de vie de l'enfant, ils courent ainsi le risque que ces attitudes entraînent une relation d'attachement insécure entre l'enfant et ses parents (Ainsworth *et al.*, 1978; Belsky, Rovine, & Taylor, 1984 ; Egeland & Farber, 1984), ce qui affectera éventuellement ses relations avec les pairs, le rendant plus méfiant et plus dépendant (Balla & Zigler, 1975 ; Sroufe, 1983 ; Sroufe ,

Fox, & Pancake, 1983 ; Zigler & Balla, 1982), et donc davantage enclin à vivre du retrait social.

1.3 Les symptômes d'externalisation chez les enfants

1.3.1 Les comportements agressifs

Abordons maintenant un premier point relatif aux symptômes externalisés, dont il sera mention dans la présente partie. Il s'agit des conduites agressives manifestées par les enfants. Certes, un minimum d'agressivité n'est pas indésirable en soi dans l'existence d'un individu, afin de lui permettre d'être suffisamment efficace, confiant, et même, de défendre ses propres intérêts personnels. L'agressivité est donc essentielle à la personnalité et apparaît dès le plus jeune âge chez l'enfant (Rideau, 1971). Cependant, lorsque cette agressivité devient excessive et qu'elle menace le bien-être d'autrui en étant empreinte d'hostilité, de violence et d'une volonté délibérée de nuire, elle s'avère alors qualifiée de pathologique. L'enfant est alors incapable de la contrôler ou la retourne contre lui-même (Rideau, 1971). Cette agressivité est décrite comme une tendance à manifester de la violence à l'endroit d'autrui; que ce soit une violence envers les objets animés ou inanimés. Elle procure à l'enfant un sentiment de puissance et de maîtrise de l'objet en question (Bender, 1953). De manière plus spécifique, Goupil (1990), dans son livre sur les élèves en difficultés, rapporte la définition suivante de l'agressivité :

L'enfant agressif est celui que se comporte intentionnellement (soit physiquement ou verbalement), de manière à faire mal et à entrer en conflit

avec autrui (Smith et Green, 1975). Il y a agression lorsqu'une personne inflige de la douleur à autre personne (Goupil, 1990, pp.155-156).

La majorité des enfants manifesteront tôt ou tard des éléments d'agressivité dans leur existence; cependant entre 4 à 10 % des enfants du début de primaire (Cloutier & Renaud, 1990) éprouveront des difficultés sérieuses dans ce domaine et feront preuve de conduites agressives plus marquées. Leurs manifestations comportementales caractéristiques seront alors décrites en termes de coups, d'intimidation, de blâme d'autrui (Cloutier & Renaud, 1990), de même que par les cris, la destruction d'objets, la tendance à l'humiliation, les attaques physiques contre autrui, etc. (Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975 ; Goupil, 1990). Selon Cloutier et Renaud (1990). Il existe deux formes distinctes d'agressivité. En effet, elle peut être soit hostile, lorsqu'elle vise l'élimination ou la destruction d'autrui, ou être instrumentale : elle vise alors l'atteinte d'un objet qui est non agressif. Peu importe le type d'agressivité manifestée, ces comportements constituent des réflexes à la frustration vécue chez l'enfant en raison de diverses contraintes dues à son jeune âge. Ces contraintes peuvent être de l'ordre de l'interdit ou d'une incapacité physiologique, par exemple. Cela le frustre et génère de l'agressivité en lui qu'il manifestera d'une manière ou d'une autre, que ce soit de façon extériorisée ou intériorisée. En raison de leur attitude, les enfants agressifs sont maintes fois victimes du rejet des pairs, présentent un piètre rendement académique, sont davantage victimes de punitions et proviennent de milieux à caractères hautement agressifs (Goupil, 1990).

Les garçons apparaissent davantage agressifs que les filles en raison des stéréotypes sexuels et des conditionnements socioculturels amenant les filles à contrôler davantage

leur agressivité physique et à faire davantage preuve de violence verbale, s'il y a lieu : ce type de violence passe plus souvent inaperçue (Goupil, 1990 ; Mulvihill & Tumin, 1969).

De plus, les enfants agressifs seront habituellement agressifs dans tous les milieux qui les entourent, tels qu'à l'école ou à la maison, seront à la fois agressifs verbalement et physiquement, et ces comportements se manifesteront de manière relativement stable dans le temps, de l'enfance à l'adolescence (Tremblay, 1991 ; Gagnon, 1980 ; Cloutier & Renaud, 1990 ; Murray & Whittenberger, 1983).

Par ailleurs, les manifestations agressives de l'enfant varieront en fonction de l'âge de ce dernier. En effet, en bas âge, le jeune enfant manifestera des crises soudaines et intenses en raison de frustrations ou de perturbations émotionnelles. Puis, ultérieurement, ses manières de faire face à la frustration se modifieront et il fera usage d'agressivité à contenu verbal plus fréquemment. Il y aura apparition des injures au lieu des bousculades. Par la suite, ces conduites se raffineront encore davantage et feront place à des expressions plus appropriées et plus subtiles pour la communication, et ceci à mesure que l'enfant apprendra à verbaliser ses émotions intérieures au lieu de passer à l'acte (Cloutier & Renaud, 1990).

Comme nous pouvons le constater, les conduites agressives ne font pas leur apparition à la période de la pré-adolescence, comme semblent le penser les adultes de notre société. En effet, les premiers balbutiements d'un éventuel problème relié à l'agressivité à l'adolescence, se produisent généralement au cours de l'enfance, où nous observons le plus grand nombre de manifestations d'agressivité physique. Nous avons

l'impression que l'adolescence est davantage porteuse de conduites agressives que l'enfance, alors qu'en fait, nous portons moins attention à ce genre de comportements chez les jeunes enfants car ils ont moins d'impact que les actes commis par les enfants plus âgés (L'Abbé, 1995). Il est toutefois clair que l'apparition de l'agressivité à un âge précoce s'avère un prédicteur de la délinquance à l'adolescence (L'Abbé, 1995).

Cette apparition de l'agressivité peut survenir suite à la convergence de nombreux facteurs dans l'existence de l'enfant. L'étiologie de ces conduites peut donc prendre origine au niveau physiologique, au niveau de l'âge de la mère à la naissance, du tempérament de l'enfant, des conditions familiales, socio-économiques et environnementales. En effet, au plan de la physiologie, il apparaît que les individus agressifs possèdent un taux d'hormones (testostérone) plus élevé que la population en général (Tremblay, 1991). L'âge de la mère au moment de la naissance, si plus jeune que 18 ans ou âgée de plus de 35 ans, pourrait également favoriser les conduites agressives chez les enfants (Lefkowitz, 1977; Mednick, 1970).

De plus, certaines recherches évoquent la possibilité qu'un tempérament difficile chez l'enfant le prédisposerait à agir d'une certaine manière, qui serait perçue par les gens comme étant agressive, ce qui les ferait réagir et qui en retour, frustrerait l'enfant (Murray & Whittenberger, 1983)

Mentionnons que les mères jouent un rôle primordial dans le développement de l'agressivité chez leurs enfants. Une mère peu disponible, fluctuante, non consistante, ayant peu prodigué de soins, de stimulations sensorielles et d'amour à son enfant en bas âge, en raison de difficultés personnelles qui la dépassent, pourra favoriser chez son

enfant un sentiment de crainte, de solitude et inévitablement, l'apparition ultérieure des comportements agressifs (Boisbourdain, 1983).

Un facteur central dans le développement de cette problématique réside dans la qualité de la structure familiale au sein de laquelle évolue l'enfant. Des déficiences au sein de cette structure, telles que la présence de violence parentale, d'abus, de négligence, de privations, et même de surprotection anxieuse, pourra favoriser les conduites agressives chez les jeunes enfants. Ces familles sont décrites comme faisant montre d'une discipline relativement sévère, d'un engagement déficient face à l'enfant, d'un manque de supervision parentale (Cloutier, 1985 ; Fréchette & Leblanc, 1987 ; Cloutier & Renaud, 1990) et de la présence de comportements antisociaux chez ses membres (Cloutier & Renaud, 1990). Un enfant privé d'amour, de nourriture et de soutien, ressentira inévitablement ces privations comme une attaque à sa propre personne et manifestera une tendance à être agressif en réaction aux privations ressenties. Il essaiera alors d'attirer l'attention de ses parents en se conduisant de manière aggressive et en les embarrassant de diverses façons (Bender, 1953). Dans ce type de familles, souvent catégorisées de fusionnelles, l'enfant apprend la violence par l'observation et par l'imitation et est définitivement victime de ces carences interrelationnelles, de l'absence de modèles d'identification adéquats et parfois même de l'absence de ses parents (L'Abbé, 1995). Selon certaines recherches, l'agressivité résulterait donc, entre autres, d'un apprentissage en raison des renforcements fournis par l'entourage suite à l'émission de ces comportements, de la présence dans le milieu de l'enfant de modèles agressifs, de même que des mauvaises interactions parentales

caractérisées par le rejet et un usage excessif de punitions. Ceci frustrerait l'enfant et provoquerait chez lui un sentiment agressif (Tremblay, 1991).

Mentionnons que le faible niveau socio-économique peut également influencer l'apparition de ces troubles en générant diverses frustrations familiales qui se répercuteront à leur tour sur l'enfant. En terminant, ajoutons que Goupil (1990) n'exclue pas le rôle de l'école, des pairs et de l'environnement social de l'enfant dans l'apparition des conduites agressives, car certaines circonstances peuvent également être susceptibles de frustrer l'enfant à divers niveaux.

En conclusion, étant donné le rôle primordial joué par les parents dans la genèse des comportements agressifs, il serait important que ceux-ci en prennent conscience et amènent l'enfant à décharger sa colère dans des activités propices, non destructives et socialement acceptables. De plus, un dépistage précoce en bas âge, principalement à l'aide de la perception des pairs en milieu scolaire, favoriserait la prévention et permettrait aux enfants de bénéficier d'un programme de traitement préventif. Car ce problème social prend racine au cœur même de l'enfance.

1.3.2 Les comportements délinquants

Finalement, nous aborderons, dans cette section, une autre forme de problématique relative aux problèmes externalisés, fort complexe, polymorphe et résultant en des conséquences majeures tant pour ceux qui commettent de tels actes que pour les gens qui en sont victimes. Il s'agit des comportements délinquants, en l'occurrence, la délinquance juvénile. Le terme de délinquance dispose d'une origine latine, à savoir

delinquere, qui porte la signification de délaisser. De nombreux ouvrages de références lui attribuèrent ensuite le sens de commettre une faute. Le Petit Larousse illustré (1992) établit la définition suivante de la délinquance : « ensemble des infractions commises, considérées sur le plan social » (p.314). De plus, le Parlement canadien a émis une Loi sur les jeunes contrevenants en 1982. Cette dernière stipule qu'il s'agit : « des infractions au Code criminel et aux statuts fédéraux : champ spécifique d'activités illicites qui mettent en danger l'intégrité de la personne et de ses biens » (Vitaro, 1994).

La problématique de la délinquance est particulièrement importante; en effet, les statistiques dans ce domaine n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières années et ce, particulièrement pour les jeunes filles (Biron, Gagnon, & Leblanc, 1980 ; Biron & Gauvreau, 1984 ; Leblanc, 1977). Bien que ce soit toujours une activité davantage présente chez les garçons (Biron *et al.*, 1980), les filles témoignent tout de même parfois de comportements délinquants: en fait, le rapport est de 10 garçons délinquants pour une fille. Les raisons pour lesquelles les activités délictueuses des filles augmentent proviennent des changements relatifs aux rôles sociaux féminins au cours des dernières années. Mais de manière générale, selon Leblanc (1996), la délinquance prend diverses formes en fonction des individus qui la constatent dans la société. Pour les parents, elle prend la forme d'impolitesses, de vols, de fugues, ainsi que de consommation de drogues, tandis qu'à l'école, la délinquance se manifestera davantage par les problèmes de conduite en classe, par les nombreuses bagarres, les vols, le manque de respect à l'égard de l'enseignant, et principalement par les actes de vandalisme. Par contre, pour les médias, la délinquance revêt une toute autre forme : elle se rapporte davantage aux

crimes violents, aux bagarres entre gangs et entre ethnies. Puis, finalement, pour le milieu judiciaire, la délinquance se caractérise par des infractions au code criminel, aux lois civiles, à des agressions et des vols, de même qu'à des délits de boisson, etc.

Donc, la délinquance juvénile se manifeste dans tous les milieux et revêt en elle-même, diverses formes, selon le type de délinquance à laquelle l'adolescent adhère. Toutefois, la vaste majorité des actes délictueux se produisent au sein de la communauté et revêtent principalement un caractère matériel, c'est-à-dire qu'ils visent l'acquisition de biens appartenant à autrui. Au Québec, depuis le début des années 70, environ le tiers des personnes inculpées sont mineures (Fréchette & Leblanc, 1987). Bien que la majorité des actes délictueux se produisent dans la communauté, plutôt qu'à l'école ou dans la famille, quelques crimes peuvent également avoir lieu en milieu scolaire, bien que leur fréquence soit minime. L'augmentation de ce type de délinquance peut facilement être influencée par la qualité des services dispensés aux élèves, que ce soit aux niveaux physique, social, pédagogique, personnel, de même qu'aux plans de la supervision, de la motivation face aux matières scolaires, et du lien existant entre les élèves et les enseignants (Leblanc, 1996). La délinquance ne s'avère pas nécessairement enracinée dans la personnalité de son auteur dès le premier geste criminel: en effet, de nombreux adolescents (80 à 90%) commettront au cours de leur période pubertaire, des délits mineurs pouvant les conduire devant les tribunaux et ne deviendront pour autant des délinquants organisés.

Selon Leblanc (1996), il existe trois formes de délinquance. La première forme se rapporte à la délinquance qualifiée d'occasionnelle, qui est d'ailleurs très présente.

Cette poussée délinquante peut être attribuable aux difficultés passagères en lien avec les changements importants survenant lors de la puberté. Cependant, une certaine minorité d'adolescents s'enliseront dans un modèle plus sévère et stabilisé et commettront des délits plus ou moins graves sur une certaine période de temps : ce type de délinquance porte le nom de transitionnelle (10% des adolescents manifesteront de tels gestes). Si leurs délits s'avèrent plus graves et leurs conduites relativement stables, qu'ils démontrent ténacité, assiduité, acharnement et chronicité, il s'agira alors d'une délinquance dite *chronique* qui est le lot de 1% des adolescents et qui représente la troisième forme de délinquance.

L'âge de l'auteur au moment des premiers délits, ainsi que l'habitude à voler et à utiliser le mensonge chez les jeunes enfants, constituent d'excellents prédictors de la chronicité et de la sévérité de la délinquance (Loeber & Dishion, 1983 ; Mitchell & Rosa, 1981). En effet, selon Sellin (1938), plus l'âge est précoce au moment de ces premiers engagements, plus les risques de développer une assiduité criminelle ultérieure sont élevés. Cependant, mentionnons que l'activité délinquante tend à se résorber au milieu de l'adolescence chez la majorité des jeunes.

En fonction de divers facteurs, (notamment l'âge), la délinquance sera associée à divers types de délits : les délits bénins se manifesteront dans les premiers moments, tandis que les gestes plus graves, émergeront à un âge ultérieur (Leblanc, 1996). Les délits peuvent être regroupés en quatre catégories. La délinquance matérielle regroupe les vols contre les biens, tels que les vols par effraction, les menus larcins et les vols simples ; elle s'avère prépondérante parmi les activités délictueuses chez les adolescents.

Vient par la suite, la délinquance interpersonnelle qui se caractérise par des délits commis à l'endroit d'une personne, tels que les attaques, les vols, les délits sexuels, de même que les vols graves, avec violence par exemple. La délinquance malveillante vient en troisième lieu et se rapporte à de mauvaises actions gratuites associées au vandalisme et au désordre public. Puis, en terminant, la délinquance relative à la drogue, tels que la possession et le trafic des stupéfiants (Leblanc, 1968).

Au plan étiologique, il existe divers facteurs pouvant influencer les risques de développer une tendance à avoir des conduites délinquantes à l'adolescence. Les principaux étant d'ordre individuels et familiaux.

Tout d'abord, mentionnons que l'égoïsme caractérise la personnalité des adolescents délinquants et qu'en plus de cette centration sur leur propre personne, ils tendent à entretenir de la haine à l'endroit d'autrui et des valeurs sociales (Leblanc & Lemay, 1996). De manière plus spécifique, des éléments psychotiques, le refoulement, la mésadaptation sociale, l'anxiété sociale et l'agressivité, s'avèrent maintes fois étroitement reliés aux activités délinquantes (Fréchette & Leblanc, 1987).

Au niveau familial, il semblerait, bien que les avis soient partagés, que la délinquance soit plus fréquente dans les familles brisées que dans les familles unies (Leblanc, 1996). La pauvreté, une faible scolarisation des parents, l'appartenance à une minorité ethnique, un quartier défavorisé, une mère étant âgée de moins de 21 ans lors de la naissance, la présence de criminalité, de violence et de conflits au sein de la famille, un des parents étant affecté par des problèmes de santé mentale, ou ayant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie : tous ces éléments jouent un rôle considérable

(Morash & Rucker, 1989). De plus, si la relation d'attachement s'avère fragile entre les parents et l'enfant, si les méthodes disciplinaires sont inappropriées, si le père est absent (Fréchette & Leblanc, 1987) ou que les parents font preuve d'un manque de supervision parentale et de limites imposées à l'enfant, il va s'en dire que l'enfant présentera un risque accru. En fait, il existerait trois types de familles rencontrées chez les adolescents judiciairisés : il s'agit de la famille adéquate, de la famille conflictuelle et de la famille inexistante. Les familles conflictuelles et inexistantes représentent la majorité des milieux au sein desquels furent élevés les adolescents judiciairisés : ce sont des familles qualifiées de criminogènes. (Fréchette & Leblanc, 1987). Le comportement délinquant peut être appris par observation ou imitation, principalement lorsqu'il procure à son auteur des récompenses de divers ordres, que ce soit physique ou symbolique. De plus, si un parent se montre violent à l'endroit de son enfant, ce qui s'avère le cas des familles maltraitantes, le parent devient alors le modèle à imiter pour l'enfant (Tap & Malewska-Peyre, 1993).

En conclusion, il va sans dire que ces manifestations délinquantes se produisent principalement au cours de la période de l'adolescence, mais plusieurs auteurs mentionnent qu'il s'avère possible de les déceler alors que l'enfant est en bas âge, tel qu'à l'âge de 7 ans : seuil minimal pour qu'un geste soit déclaré comme étant délinquant selon le Code criminel canadien, d'où l'importance d'apprendre à diagnostiquer rapidement cette problématique afin d'intervenir adéquatement auprès de cette clientèle.

Les prochaines sections évoqueront les particularités reliées au graphisme chez l'enfant, à son apport au niveau de la psychologie infantile, et notamment en ce qui

concerne le *Test du dessin de la famille*. Nous avons jugé adéquat de mettre en lumière certains éléments dans ce domaine, car le présent mémoire utilise, entre autres, le dessin de la famille comme épreuve expérimentale afin de vérifier l'absence ou la présence de symptômes internalisés ou externalisés chez les groupes d'enfants maltraités et non maltraités.

1.4 Le graphisme chez l'enfant

1.4.1 L'évolution du graphisme chez l'enfant

Le graphisme chez l'enfant obéit à des lois générales relatives au développement sensori-moteur et intellectuel de l'individu (Kim-Chi, 1989). L'auteur Chermet-Carroy (1988), se référant à Luquet (1912), en fait d'ailleurs mention dans ses écrits. Elle explique qu'en fonction de leur maturation développementale, la majorité des enfants traverseront certains stades propres au graphisme, qui se chevauchent mutuellement et ce, avant d'atteindre la capacité de reproduire des formes plus complexes selon leur style personnel, leur personnalité et leur milieu socio-culturel.

En fait, dès son jeune âge, l'enfant développe habituellement un vif intérêt à l'endroit du dessin. L'acquisition de la marche et de la capacité de maintenir son corps en un certain équilibre, favorise l'apparition de la capacité à tracer ses premières productions graphiques (Stora, 1963). Résultat d'une pure activité musculaire, ces réalisations ne s'avèrent certes guère complexes au départ et c'est davantage le plaisir associé au geste qui guide le mouvement de l'enfant. Celui-ci dessine alors purement par plaisir, en vue de jouer et sans intention particulière reliée au résultat produit. Sully

l'avait d'ailleurs mentionné dès 1895 (Stora, 1963). Il s'agit davantage d'un dessin élémentaire constitué par un simple point, une ligne, une courbe, une tache ou un gribouillis. La tache est donc antérieure au trait chez l'enfant, selon Naville (Stora, 1963).

Puis, survient le stade du gribouillage ou du griffonnage chez l'enfant. Celui-ci prend alors plaisir à dessiner des zigzags, des formes ovoïdes, des boucles et même des spirales. La fascination de l'enfant à l'endroit de ses tracés graphiques devient plus intense et ce dernier saisit peu à peu la portée de son geste de manière à ce que ses actes deviennent graduellement volontaires. Il saisit la cause et l'effet relatif au fait de saisir un médium particulier, tel un crayon, et la production de divers gribouillis.

Par la suite, se développe alors chez l'enfant l'intérêt et le désir, lors de la phase suivante, de produire une représentation concrète d'un objet particulier. L'enfant commence donc à constater des similarités entre son propre tracé et les objets perçus dans la réalité. Il les complète de divers détails afin de les rendre les plus ressemblants possibles (Stora, 1963). Pour Engelhart (cité dans Jourdan-Ionescu & Lachance, 1997), l'intention de représenter quelque chose apparaît entre 2 et 3 ans. Cette phase porte le nom de *réalisme fortuit*, nommée ainsi par Luquet (1912). A cette époque, l'enfant expérimente diverses formes et leurs donne une signification ponctuelle uniquement après coup. Il attribue donc un nom aux objets suite à leur production, car il éprouve le désir de rattacher son dessin à la réalité concrète, à son vécu. Il cherche ainsi à leur donner une signification particulière. Ce stade se caractérise donc par un désir de représentativité au sein duquel l'enfant acquiert une plus grande maîtrise gestuelle.

La troisième année de l'enfant est caractérisée par le stade du *réalisme manqué* (Luquet, 1912), car à cette époque correspond le désir de l'enfant d'imiter le dessin de l'adulte, afin de s'exprimer par le langage graphique. Ceci fut d'ailleurs mis en évidence dès 1902 par Burk (Stora, 1963) et un peu plus tard par Levinstein (Stora, 1963). Ce désir s'exprime toutefois dans un but non esthétique puisque les limites développementales et la maladresse d'exécution de l'enfant l'empêchent d'imiter correctement l'adulte. L'enfant manifeste alors le désir d'expérimenter, de maîtriser davantage son geste et de découvrir de nouvelles possibilités. C'est à cette période qu'apparaît habituellement la reproduction de la forme solaire et un peu plus tard, du bonhomme-têtard (4-5 ans). Ce dernier est un schéma universel reproduit par la majorité des enfants et qui est constitué d'un cercle duquel émergent différentes lignes, figurations des membres du personnage représenté. L'enfant projette alors sa propre perception de son schéma corporel et nous pouvons saisir les étapes de l'évolution de l'enfant grâce à l'évolution du dessin du bonhomme-têtard.

Le graphisme chez l'enfant suit donc une certaine évolution, fonction de la maturité psychomotrice de l'enfant et de l'acquisition perceptuelle de son propre schéma corporel. En effet, un enfant ne saurait dessiner un personnage sans avoir préalablement un modèle interne de sa propre image corporelle. Or, il apparaît que cette image corporelle se constitue à partir du vécu personnel et intérieur de l'enfant, tant aux plans sensoriel, qu'affectif. Elle est également tributaire de la qualité relationnelle et émotionnelle des liens entretenus avec les parents ainsi qu'avec l'environnement. De plus, telle que l'expliquent Jourdan-Ionescu et Lachance dans leur volume sur le dessin

de la famille (1997), l'image corporelle de l'enfant est dépendante des gratifications reçues et ce, principalement lors des premières relations objectales. La qualité de ces relations objectales déterminera la formation du noyau de son Moi grâce au processus d'introjection. Par conséquent, la qualité des relations objectales et l'image corporelle acquises par l'enfant influenceront le type de représentation graphique que produira l'enfant. Ce qui signifie que les productions graphiques de l'enfant seront qualitativement transformées en fonction des liens et contacts positifs qu'il aura créés tout au long de son développement. Les rapports gratifiants entretenus par l'entourage à l'égard de l'enfant permettent à ce dernier de développer une image corporelle satisfaisante de lui-même, ce qui influencera inévitablement le type et la qualité de son expression graphique. Lorsque les relations objectales sont gratifiantes, l'enfant parvient à introjecter un bon objet et à développer une représentation positive de lui-même (Dolto, 1961 ; Winnicott, 1970). Il dispose alors d'un niveau d'angoisse plus faible face aux relations externes, de même qu'une perception plus précise et moins erronée du monde extérieur; ceci l'amènera à entretenir de meilleures images des objets environnants et donc une meilleure qualité graphique (Carrier-Villeneuve, 1972). La notion que l'enfant a de son schéma corporel résulte donc des interactions positives dans la prime enfance et déterminera le type de figuration du bonhomme et la qualité graphique produite par l'enfant. Nous pouvons constater ici l'impact que pourrait avoir la maltraitance sur le schéma corporel de l'enfant.

Lorsqu'il atteint environ cinq ans, la maîtrise graduelle du geste de l'enfant le prédispose à la capacité de dessiner un personnage articulé. Puis, graduellement, l'enfant

atteint le stade du *réalisme intellectuel* au cours de la même année (Luquet, 1912) : période où la connaissance intellectuelle et le raisonnement guident sa production. L'enfant tente alors de représenter ce qu'il connaît et sait de mémoire, et non pas ce qu'il voit. Selon Harris (1963), les enfants ne reproduisent jamais les objets tels qu'ils apparaissent dans la réalité. Ils les modifient et y ajoutent des détails selon une perception personnelle à partir d'un modèle interne. C'est alors qu'apparaissent des structures graphiques telles que le rabattement, la superposition et la transparence. Ce stade s'échelonne environ jusqu'à la dixième année de l'enfant et se caractérise par les tentatives de représenter le plus fidèlement possible la réalité visuelle. Certains auteurs diront que cette phase du *réalisme visuel* est atteinte vers l'âge de 8-9 ans (Sully, 1898). Puis, avec le temps, l'enfant acquiert de plus en plus la capacité de reproduire la réalité en respectant les couleurs, les dimensions, de même que les espaces. Après l'âge de douze ans, les capacités picturales deviennent davantage fonction d'un style personnel, de la personnalité de l'enfant et du milieu socio-culturel au sein duquel il évolue.

L'évolution du dessin d'enfants traverse donc divers stades, en passant du dessin élémentaire à des formes géométriques, puis à diverses combinaisons afin de parvenir à la création de figurations plus complexes. Nous assistons donc au passage de l'abstrait au concret, au gré de la maturation psycho-motrice de l'enfant (Gmelin, 1980).

Les auteurs affirment sans contredit que chaque enfant traverse l'ensemble de ces stades du développement du graphisme, mais certains leur attribueront des dénominations différentes. Par exemple, Lowenfeld (Stora, 1963) parlait de gribouillage, de pré-schématisme, (4-6 ans), de schématisme (7-9 ans), de réalisme naissant (9-11 ans)

et puis de pseudo réalisme (11-13 ans). Quant à Osterrieth (Stora, 1963), il décrivait les diverses phases en termes de gribouillage, de schématisation, et de réalisme conventionnel (11-13 ans) (Stora, 1963 ; Wallon, Cambier, & Engelhart, 1990).

Malgré les divers noms qui leur sont attribués, ces phases décrivent sensiblement la même chose. De plus, la délimitation précise de ces stades est particulièrement difficile à saisir, puisque l'évolution est fonction de chacun, qu'elle se déroule sur une longue période de temps et que nous assistons parfois à certaines régressions (Stora, 1963).

De plus, le dessin de l'enfant accuse une certaine fragilité selon Zazzo (Stora, 1963), fonction de divers facteurs tels que les troubles moteurs, les troubles affectifs, la fatigue, la distraction, les fluctuations de l'humeur. Ces facteurs influenceront inévitablement la qualité graphique de la production de l'enfant et il importe de les prendre en considération lors de l'analyse graphique.

1.4.2 Le dessin de l'enfant en psychologie

Les dernières décades ont fait naître un attrait considérable à l'égard de la psychologie infantile. Suite à cet intérêt croissant, les chercheurs se penchèrent sur les modes d'expression privilégiés et propres à l'enfant afin d'améliorer notre compréhension de sa façon d'être, d'agir et de penser. Depuis près d'un siècle, les recherches abondent dans le domaine visant à mettre au point diverses techniques et instruments de mesure destinés à la compréhension de la dynamique humaine, ainsi que des comportements et affects s'y rapportant. C'est ainsi qu'est apparue une littérature florissante sur l'interprétation de l'expression ludique et graphique de l'enfant. Le graphisme chez l'enfant fut abondamment étudié. Graduellement, chercheurs et

cliniciens découvrirent la valeur incontestable du dessin en tant que mode d'expression naturel et spontané, permettant à l'enfant d'exprimer la perception de son entourage et de son environnement ainsi que de nous renseigner sur la dynamique de sa personnalité.

L'interprétation graphique des dessins d'enfants connu divers objectifs, selon l'époque. Une première publication sur l'explication des dessins d'enfants fut présentée en 1887 par Corrado Ricci. Cependant, le premier pas marquant fut franchi lorsque Florence Goodenough (1926) proposa le *Test du bonhomme* en 1926. Elle suggéra alors que le graphisme du bonhomme chez l'enfant était en étroite relation avec le niveau intellectuel acquis par celui-ci, selon le degré de perfection, l'équilibre général de la production et la richesse des détails mis en valeur par l'enfant. Goodenough (1926) mit donc au point une grille d'évaluation de type formel contenant 42 rubriques afin d'évaluer le quotient intellectuel propre à chaque enfant et ce, à partir de la production de figures humaines. Ce test, toujours employé, fait appel à la projection et tient compte de la taille du bonhomme, des détails fournis, de la qualité des traits, des surcharges et des reprises. Par la suite, de nombreux auteurs se penchèrent sur les diverses modalités du trait graphique. A cet effet, mentionnons : Harms (1946), Hegar (Debienne, 1968), de même que Machover (1949).

L'apport de Goodenough au plan de l'investigation graphique fut donc considérable. Cependant, certains chercheurs et cliniciens, tels que Karen Machover (1949), découvrirent rapidement que la valeur de l'expression graphique ne se résumait pas uniquement à l'interprétation du rendement intellectuel. En effet, le dessin exprime également le vécu de l'enfant et témoigne de sa personnalité. Machover comprit, dès

1949, que les critères formels du dessin ne pouvaient être considérés séparément et que de multiples facteurs, et non seulement l'intelligence, influençaient la production graphique de l'enfant. Machover opta donc pour l'étude de la personnalité de l'enfant en modifiant la technique graphique précédemment proposée par Goodenough (1926) concernant le *Test du bonhomme*. Elle devint donc une des premières personnes à étudier la personnalité de l'enfant en lui demandant de dessiner successivement deux personnages de sexe opposé.

Toutefois, Machover ne fut pas la seule à reconnaître la valeur du dessin en tant qu'outil d'investigation psychologique de la personnalité de l'enfant. Elle ouvrit de nouveaux horizons pour d'autres auteurs qui procédèrent à quelques modifications du *Test du bonhomme* de Goodenough (1926). Il s'agit de Fay (1934) avec un test demandant de dessiner une dame sous la pluie et de Buck (1948), ayant créé un test portant le nom de *H.T.P.*, c'est-à-dire le *House-Tree-Person*. Quant à Koch (1959), il procéda au *Test de l'arbre*, tandis que Corman, en 1961, créa le *Test du dessin de la famille* (test utilisé dans la cadre de ce mémoire). Rioux (Debienne, 1968) et Thomazi (1964), quant à eux, étudièrent l'utilisation de la couleur dans le dessin d'enfant en tant que traduction de l'état affectif de l'enfant. En fait, de nombreux auteurs ont appliqué la méthode d'interprétation graphique dans une visée diagnostique ou thérapeutique. Citons en particulier Baudouin, André Berge, Françoise Dolto-Marette et Madeleine Rambert. De manière générale, l'apport de la technique graphique s'est grandement développé dans le domaine de la psychologie, de la pédagogie, de la psychiatrie, de la sociologie, ainsi qu'aux plans thérapeutique et esthétique (Stora, 1963). Certains auteurs

s'intéressant plus spécifiquement à l'aspect sensori-moteur, d'autres à l'intelligence, tandis que certains se penchèrent sur les contenus manifestes et latents du dessin.

D'autres auteurs de renom contribuèrent à mettre en lumière la valeur du dessin infantile. Harris (1963), par exemple, suggéra qu'un lien manifeste existe entre la production graphique et celui qui en est l'auteur. En effet, il souligna que le dessin est directement influencé par la signification qu'a l'objet pour l'exécuteur et que les nombreuses modifications qu'il y apporte témoignent de ses tentatives d'adaptation, de résolution de conflits et du développement de sa personnalité.

Juliette Boutonnier (1959), ayant publié un livre sur les dessins d'enfants, affirme que le dessin de l'enfant n'exprime pas uniquement le niveau de développement intellectuel, mais également le niveau de développement mental. Le graphisme constitue une forme de projection de l'existence de l'enfant, de celle de son entourage, de ses difficultés personnelles et des situations particulières vécues au cours de son existence. En fait, le dessin est le portrait de l'histoire de l'enfant.

L'expression graphique constitue donc une véritable projection permettant à la personnalité d'exprimer librement les éléments conscients et inconscients, tels qu'élaborés par Freud. Grâce au dessin, l'enfant projette son monde intérieur, ses problématiques inconscientes, ses conflits internes et nous donne accès à ses sentiments les plus profonds et les plus intimes. Abraham (1963) affirme que l'enfant ne dessine pas ce qu'il voit en réalité, mais davantage les éléments qui revêtent une importance pour lui selon leur valence positive ou négative. La production graphique, favorisant l'expression libre du sujet, possède une grande valeur car elle témoigne de la vie affective de l'enfant.

A travers celle-ci, l'enfant nous fournit sa perception du monde environnant, de même que des éléments concernant sa personnalité (Corman, 1961).

Pour Chermet-Carroy (1988), le dessin caractérise le vécu personnel de l'enfant, son affectivité et son intelligence : il est le théâtre de son monde intérieur constitué de pulsions et de désirs. Le dessin, au-delà de sa fonction ludique, nous offre donc mille richesses et traduit les sentiments refoulés, les désirs, les craintes, les conflits, les attraites et les répulsions vécues par l'enfant, tandis que pour Porot (cité dans Jourdan-Ionescu & Lachance, 1997), l'expression graphique nous permet de saisir le vécu intérieur de l'enfant et la perception qu'il a de son propre corps. Corman (1970) mentionne en faisant allusion à Juliette Boutonnier (1959), que le dessin chez l'enfant est l'expression de son vécu intérieur et extérieur. Il donne ainsi accès aux difficultés affectives vécues par l'enfant ainsi qu'aux conséquences qu'elles généreront dans sa vie actuelle.

Par ailleurs, l'activité sublimée que représente le dessin grâce à l'utilisation de symboles, favorise l'expression du Moi souffrant ou défensif chez l'enfant. En effet, l'utilisation des symboles entraîne une mise à distance des meurtrissures psychiques, ce qui facilite l'expression des conflits, des angoisses et des pulsions que le Moi ne pourrait affronter seul, sans les symboles. Pour certains enfants, la souffrance psychique est telle que sa verbalisation s'avère pratiquement impossible; le dessin est alors appréhendé en tant qu'opportunité de traduire la douleur qui s'exprimera selon des modes corporels variant en fonction de l'organisation psychique individuelle (Defontaine & Osson, 1989); il s'agit donc d'un mode d'expression venant en aide aux enfants éprouvant des

difficultés à verbaliser leurs souffrances et leurs problématiques internes. Voilà pourquoi nous avons opté pour cette épreuve expérimentale auprès de la clientèle de cette étude.

L'expression graphique témoigne de la complexité de l'enfant, de ses efforts adaptatifs face au milieu et de son vécu personnel et relationnel. Alvim (1962) soutient que le niveau de structuration du Moi, de même que les régressions et progressions de l'enfant, peuvent également être déterminés grâce à la production graphique.

En conclusion, la technique d'interprétation graphique est aujourd'hui utilisée à l'échelle mondiale et ce, de l'enfance à l'âge adulte, en tant qu'instrument de mesure diagnostique et thérapeutique. Utilisée au départ afin d'évaluer le niveau intellectuel avec le *Test du dessin du bonhomme* de Florence Goodenough (1926), elle possède actuellement de multiples autres visées, que ce soit au niveau de l'évaluation des capacités visuelles, perceptives, mnésiques ou motrices avec le *Test de Rey* (1947), de la production de figures géométriques proposée par Lauretta Bender (1957), ou de l'interprétation de la personnalité de l'enfant. Malgré le scepticisme des théoriciens concernant la valeur réelle de l'évaluation graphique, tant au niveau de la personnalité, de l'intelligence, du concept de soi, de la dépression, de l'anxiété, ou de quelque problème que ce soit, les psychologues persistent tout de même dans leurs efforts pour mettre en lumière la valeur diagnostique et thérapeutique du dessin chez l'enfant.

Mentionnons, que Wilson et Ratekin (1990) rapportent que l'utilisation de dessin auprès des enfants ayant vécus des expériences traumatisantes, est particulièrement pertinente (Kelley, 1985). Ce peut être, entre autres, à la suite de mauvais traitements (Lott, 1989), d'abus sexuels (Burgess, McCausland, & Wolbert, 1981; Hibbard,

Roghmann, et Hoekelman, 1987; Kelley, 1984), de fugues (Howe, Burgess, & McCormack, 1987), d'hospitalisation, et même lorsque l'enfant a été témoin de violence familiale régnant dans son milieu (Wohl & Kaufman, 1985). Le *Test du dessin de la famille* semble donc convenir adéquatement à l'exploration du vécu des enfants maltraités.

1.4.3 Le dessin de la famille

Un vaste éventail d'épreuves graphiques destinées tant à la clientèle infantile, qu'adulte, fut donc mis au point par différents auteurs, dont le *House-Tree-Person* (Buck, 1948 ; Buck & Hammer, 1969), le *Dessin de la maison* (Kim-Chi, 1989), le *Test de l'arbre* (Kim-Chi, 1989 ; Stora, 1955), le *Dessin du bonhomme* (Goodenough, 1926 ; Harris, 1963 ; Harris & Roberts, 1972 ; Koppitz, 1968 ; Machover, 1949), ainsi que le *Dessin de la famille* (Corman, 1964).

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes uniquement penchées sur cette dernière épreuve graphique, à savoir le dessin de la famille, élaborée il y a plusieurs décennies, notamment par Morgenstern (1937), Porot (Royer, 1995) ainsi que Corman (1964). Porot (1965) fut d'ailleurs le pionnier dans la formulation d'un test du dessin de la famille standardisé: il employait alors la formule plus directive *Dessine ta famille*, contrairement à Corman (1964), préférant la formulation *Dessine une famille*. Mentionnons que dans cette étude, nous avons également opté pour la consigne élaborée par Corman (1964) laissant davantage de liberté à l'expression des conflits intérieurs conscients et inconscients de l'enfant. En effet, la formule *Dessine une famille* s'avère moins directive. De nombreux enfants préfèrent tout de même dessiner leur véritable

constellation familiale (Porot, 1965). Par une consigne plus large, Corman (1964) visait ainsi à faciliter la projection des sentiments de l'enfant via le graphisme.

Selon Porot (1965), l'analyse du dessin de la famille est employée depuis fort longtemps en tant que moyen d'évaluation du rendement intellectuel de l'enfant; toutefois, depuis de nombreuses années, il est désormais également utilisé au niveau diagnostique et thérapeutique. Ce sont les auteurs Heuyer et Morgenstern (Porot, 1965), qui pour la première fois, ont utilisé le dessin au niveau du traitement et de l'investigation des troubles névrotiques chez l'enfant. Puis, peu à peu, on découvrit la richesse du dessin de la famille en tant qu'outil visant la compréhension intérieure du vécu de l'enfant, tel qu'il se le représente. Il s'agit donc d'une porte ouverte sur la personnalité et le monde intérieur.

La présente étude a donc opté pour ce test étant donné la versatilité du contenu qu'il nous offrait pour explorer la personnalité de l'enfant. Il s'agit d'ailleurs d'une épreuve expérimentale fort simple pour le jeune enfant et généralement accueillie avec enthousiasme. De plus, une partie de la clientèle de la présente recherche se caractérise par un vécu de maltraitance (le groupe expérimental), problématique qui affecte le fonctionnement direct de la famille. Nous voulions donc constater si à travers le portrait de sa famille et de lui-même dans son dessin, l'enfant laisserait entrevoir les difficultés vécues antérieurement ou présentement et quels impacts ces traumatismes auraient sur sa personnalité et son psychisme. Il s'agit donc de découvrir à travers l'analyse graphique, comment l'enfant se représente son univers familial ainsi que sa propre perception de lui-même et ce, à travers l'interprétation du dessin en fonction du niveau du contenu, des

structures formelles et du niveau graphique (Corman, 1964). Plusieurs aspects peuvent être retenus pour l'analyse en fonction de la présence de divers éléments notés dans le dessin. De plus, le vécu de l'enfant se répercutera non seulement sur son personnage, mais également sur les autres membres de la famille ou dans le style même du dessin (Jourdan-Ionescu & Lachance, 1997).

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que le dessin de la famille offre de nombreux avantages. Par exemple, pour Royer (1995) :

le dessin de la famille peut être considéré comme une intéressante extension du dessin de la personne humaine, permettant d'apprécier, de surcroît, comment l'enfant perçoit les personnes de son entourage et le type de relations qui est établi entre toutes celles-ci, et entre lui-même et toutes celles-ci. L'ordre d'apparition du dessin des personnages, leurs dimensions, leur disposition sur la page, leurs interactions éventuelles, les omissions, les hésitations, toutes les particularités de la composition graphique, ainsi que les commentaires qui les accompagnent, concourent à fournir une interprétation des sentiments de l'enfant à l'égard des membres de sa famille (p.86).

Quant à Burns (Jourdan-Ionescu & Lachance, 1997), il mentionne que « le dessin de la famille en action est un instrument qui révèle le soi intérieur, une image du soi tel qu'il a été construit lors des premiers temps de sa vie en famille » (p.21). Porot (1965) n'hésite pas à mentionner l'importance du dessin de famille afin d'obtenir la propre perception de l'enfant. Il ajoute:

Tous les psychiatres ont remarqué que la majorité des parents donnent des renseignements qui ne correspondent pas toujours à la réalité, soit qu'ils l'ignorent, ce qui est rare, soit qu'ils la déforment inconsciemment pour la présenter telle qu'eux-mêmes l'imaginent ou la concrétisent ou voudraient qu'elle soit; ne parlons pas de ceux qui la dénaturent volontairement. Le dessin de l'enfant peut permettre de rectifier les choses (p.180).

Véritable langage spontané de la vie affective de l'enfant, le dessin de famille est parfois soumis à divers facteurs pouvant influencer son exécution. Morval et Laroche

(1976) mentionnent qu'il faut user de prudence dans son interprétation, car des circonstances extérieures, impossibles à contrôler, telles que les disputes familiales ou les sanctions positives ou négatives imposées par les parents, peuvent affecter le type de dessin produit par l'enfant. Toutefois, ils rapportent que l'enfant dispose à l'intérieur de lui-même d'images plus ou moins conscientes de lui-même et des membres de sa famille, qui s'avèrent relativement stables à travers les années et qui orienteraient sa production. Cette stabilité des images parentales fut également mentionnée par Laplanche et Pontalis en 1967 (Morval & Laroche, 1976).

Par ailleurs, il importe de mentionner qu'à notre connaissance, le *Test de dessin de la famille* fut très peu utilisé dans le domaine de la recherche portant sur la maltraitance et la négligence. Toutefois, des recherches menées par Knoff & Prout (1985), ainsi que par Hjorth & Harway (1981), démontrent tout de même des résultats significatifs auprès des enfants maltraités lors de l'emploi du *Test du dessin de la famille*. De même, cette épreuve expérimentale a également été employée dans le cadre du dépistage des enfants abusés sexuellement (Hackbarth, Murphy, & Mcquary, 1991 ; Kaplan, 1991 ; Rodgers, 1992). Ces auteurs avaient alors obtenu des résultats significatifs concernant la capacité du dessin de famille à discriminer les enfants ayant été abusés sexuellement de ceux n'ayant pas connu un tel traumatisme. Le dessin de la famille s'avérerait donc utile auprès des enfants ayant vécu des problématiques particulièrement traumatisantes en nous aidant à comprendre davantage leur vie affective et les difficultés intérieures dont ils souffrent.

1.5 Problématique

Dans le cadre du contexte théorique, nous nous sommes appliquées à décrire de manière spécifique certaines problématiques susceptibles d'affecter les enfants maltraités. Quelques pages furent d'ailleurs consacrées à la description de cette clientèle hautement à risque de présenter des symptômes de l'ordre de l'internalisation et/ou de l'externalisation, soit les variables retenues pour ce mémoire. La problématique de cette recherche vise donc à constater s'il existe ou non des différences significatives entre les enfants maltraités et non maltraités, en ce qui concerne la présence de symptômes internalisés et externalisés. Ces symptômes seront évalués par l'entremise du *CBCL*, du *Teacher's Report Form* et du *Test du dessin de la famille*. Nous tenterons également de vérifier si cette dernière épreuve concorde bien avec le *TRF*, qui s'avère déjà bien validé et considéré comme étant fidèle. Un des objectifs est donc de vérifier la validité du *Test du dessin de la famille* dans son habileté à discerner des problèmes de l'ordre de l'internalisation et de l'externalisation. Le *Test du dessin de la famille* fut d'ailleurs utilisé conjointement avec le *TRF* dans le cadre d'une recherche antérieure, dont les résultats s'étaient révélés significatifs (O'Brien & Patton, 1974). De plus, dans le cadre de ce mémoire, nous irons vérifier de manière exploratoire, de quelle façon les mères perçoivent leur enfant en comparaison avec la perception de l'enseignant concernant le même enfant. Il s'agit de découvrir indirectement si les mères d'enfants maltraités entretiennent des perceptions erronées de leur enfant, en raison de divers facteurs reliés à leur vécu personnel. Certains auteurs avaient déjà mentionné que la perception des

mères issues de familles maltraitantes s'avère parfois teintée de subjectivité et de négativité (Lacharité, 1992 ; Rosenberg & Reppucci, 1983).

Les variables dépendantes se regroupent donc sous deux catégories : la somatisation, la dépression, l'anxiété et le retrait, forment l'échelle d'internalisation, tandis que les comportements agressifs et les comportements délinquants, se rapportent aux symptômes d'externalisation. Nos hypothèses de recherches sont les suivantes.

1.6 Les hypothèses

H1 : Il y aura des différences significatives entre les enfants maltraités et les enfants du groupe de comparaison au niveau des symptômes d'internalisation et d'externalisation dans les scores obtenus aux épreuves expérimentales suivantes.

Pour ces deux épreuves, les enfants maltraités auront des scores plus élevés :

a) Dans le *Teacher's report Form*

b) Dans les indices graphiques recueillis dans le *Test du dessin de la famille*

H2 : Il y aura une relation entre les scores obtenus au *Test du dessin de la famille* aux plans de l'internalisation et de l'externalisation, et les scores obtenus au *Teacher's report Form*.

Hypothèse exploratoire :

H3 : La relation entre la perception des mères et celle des enseignants sera plus faible pour le groupe expérimental que pour le groupe de comparaison.

Chapitre 2

Méthodologie

L'objectif du présent chapitre consiste à apporter des éclaircissements sur la méthodologie appliquée dans le cadre de cette étude. Divers aspects méthodologiques relatifs à l'échantillonnage des participants, aux instruments de mesure, ainsi qu'au déroulement de l'expérience, seront donc explicités.

2.1 Participants

Le groupe expérimental fut constitué à partir d'enfants ayant déjà eu un ou des signalements pour négligence et/ou maltraitance au Centre Jeunesse du district 04 en 1991. Les parents de ces enfants avaient alors participé à un projet offert par le Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, à l'Université du Québec à Trois-Rivières (GREDEF) ; c'est dans le cadre de ce projet qu'ils furent amenés, ainsi que leurs enfants, à être évalués à plusieurs reprises, dont entre autres, en situation de post-test et ce, entre 1996 et 1998. Les données pour cette recherche furent donc recueillies lors de cette dernière évaluation. De manière plus spécifique, le groupe expérimental se compose de trente participants, soit 12 de sexe féminin et 18 de sexe masculin. L'âge moyen est de 8 ans 6 mois. Au plan scolaire, ces enfants se situent tous au niveau primaire entre la maternelle et la cinquième année. Le niveau intellectuel de chacun des enfants de ce groupe fut évalué individuellement grâce aux *Matrices progressives colorées de Raven* ; seuls les participants ne présentant pas une déficience

intellectuelle sévère furent retenus et intégrés au groupe expérimental. Ceci dans l'unique objectif de ne pas biaiser les résultats aux diverses épreuves expérimentales.

Suite à la formation d'un groupe expérimental d'enfants maltraités et/ou négligés, chacun des enfants de ce groupe fut soigneusement apparié à trente enfants appartenant à un groupe de comparaison composés d'enfants non maltraités et non négligés. Ce groupe fut constitué en appariant un à un chacun des enfants, sur la base de quatre variables : l'âge des enfants au moment de l'expérimentation, leur sexe, le statut conjugal des parents et le niveau socio-économique de la famille. Ces variables furent retenues en vue d'obtenir un groupe expérimental et un groupe de comparaison des plus homogènes. Le groupe de comparaison se compose donc également de 12 filles et de 18 garçons et tous se situent entre la première et la cinquième année d'études. Dans le cadre de cette étude, les trente participants du groupe de comparaison proviennent tous de la région de Lanaudière et plus spécifiquement de trois écoles primaires. Ils furent sélectionnés à partir d'un questionnaire envoyé aux parents ayant préalablement accepté de participer à cette étude (voir Appendices A et B). L'âge moyen de ces enfants est de 8 ans 7 mois.

Au total, 60 enfants dont 24 filles (40 %) et 36 garçons (60 %) composent la population de cette recherche. Ils sont tous âgés entre 5 ans 11 mois et 10 ans 10 mois. L'âge moyen des enfants pour le groupe expérimental est de 8 ans 6 mois et pour le groupe de comparaison, de 8 ans 7 mois. Le tableau 1 présente certaines caractéristiques relatives aux participants.

Tableau 1

Description des caractéristiques des enfants
maltraités et non maltraités

Variables	<u>Maltraités</u>		<u>Non maltraités</u>		<u>Total</u>	
	N	%	N	%	N	%
<u>Sexe</u>						
Féminin	12	40.0	12	40.0	24	40.0
Masculin	18	60.0	18	60.0	36	60.0
<u>Niveau scolaire</u>						
Maternelle	4	13.33	0	0.00	4	06.67
1 ^{re} année	6	20.00	12	40.00	18	30.00
2 ^e année	7	23.33	4	13.33	11	18.33
3 ^e année	8	26.67	5	16.67	13	21.67
4 ^e année	3	10.00	7	23.33	10	16.67
5 ^e année	2	06.67	2	06.67	4	06.67
<u>Moyenne d'âge</u>	8 ans 6 mois		8 ans 7 mois		8 ans 6 mois	

* Tous les enfants se situent dans la moyenne ou sous la moyenne au niveau socio-économique. Aucun enfant n'appartient à la classe supérieure et ce, pour les deux groupes d'enfants.

2.2 Instruments de mesure

2.2.1 Les Matrices progressives colorées de Raven

Le premier des instruments de mesure utilisé dans le cadre de cette recherche était exclusivement destiné à l'évaluation du niveau de développement intellectuel des enfants du groupe expérimental. Cette évaluation fut réalisée grâce à la passation des *Matrices colorées de Raven* (Raven, 1947) auprès de chacun des enfants de ce groupe. Rappelons que le rendement intellectuel des enfants fut retenu en tant que critère, afin d'éviter d'inclure les enfants présentant une déficience intellectuelle importante, ce qui pourrait inévitablement venir biaiser les résultats. Toutefois, mentionnons que le test ne fut pas administré aux enfants du groupe de comparaison, puisque leurs enseignants nous ont précisé verbalement le niveau approximatif du rendement intellectuel de chacun des enfants. Les enseignants nous ont indiqué quels enfants éprouvaient de sérieuses difficultés scolaires. Le but était de contrôler de façon minimale leur niveau d'intelligence afin d'éviter d'obtenir des résultats trop hétérogènes entre les deux groupes. De manière générale, ce test fut choisi en raison de sa facilité, ainsi que de sa rapidité d'utilisation et de cotation. De plus, certaines recherches, par exemple, (Ionescu, Jourdan-Ionescu, Alain, Rousseau, *et al.*, 1992) avaient préalablement confirmé qu'il était valide auprès d'enfants *culturellement désavantagés* ; facteur caractérisant plusieurs enfants du groupe expérimental de la présente recherche et que nous ne pouvions ignorer.

Les *Matrices progressives colorées de Raven*, élaborées par Raven en 1947, sont de nature non-verbale et mesurent les capacités perceptuelles et analytiques de l'enfant en l'appelant à résoudre des problèmes relatifs à des analogies spatiales. Ce test est composé de 36 items divisés en trois sous-échelles (A, Ab, B) contenant douze items chacune et graduées en termes de difficulté. Révisé en 1956, il est habituellement destiné aux enfants de 3 à 10 ans et fournit une approximation adéquate du niveau de développement intellectuel non verbal de l'enfant.

Ce test, dont le nom abrégé est PM47 et le code international CPM, est utilisé soit à des fins cliniques ou de recherches et apparaît employé plus fréquemment auprès d'enfants ayant un niveau intellectuel inférieur à la moyenne (Raven, 1977). La passation peut s'effectuer soit en groupe ou en individuel et il s'avère possible d'utiliser deux versions du même test, soit la version *tableau* ou la version *cahier*. Fait à noter, elles tendent, selon Raven (1947), à produire des résultats similaires.

Dans le cadre de cette recherche, la version *cahier* fut utilisée. Plus spécifiquement, chacune des pages du cahier illustre un dessin ayant une partie manquante; le participant doit alors détecter parmi les six morceaux qui lui sont offerts en bas de page, celui qui complète le dessin adéquatement. La passation s'est faite individuellement et a été chronométrée. Les consignes données aux enfants se rapportent à celles fournies dans le Manuel PM47-CV (1977). Le niveau de développement intellectuel de chaque enfant a été calculé à partir des normes relatives aux *Matrices progressives colorées de Raven*, en prenant en considération l'âge de l'enfant au moment de l'expérimentation.

Les qualités psychométriques de ce test sont très bonnes. Quelques recherches se sont d'ailleurs penchées sur les indices de fidélité et de validité des *Matrices progressives colorées de Raven*. Nous n'élaborerons pas davantage sur ces qualités puisque ce test est déjà fort connu dans le domaine de la psychologie et que sa fidélité et sa validité furent constatés à maintes reprises.

2.2.2 Le Questionnaire socio-démographique

Un deuxième instrument de mesure visait simplement à obtenir le plus de renseignements possible sur chacun des enfants sélectionnés au sein des groupes de comparaison et expérimental et ce, afin de les apparier soigneusement entre eux. Un premier questionnaire, élaboré par Éthier (1985) et portant le nom de *Informations sur la vie familiale*, fut donc administré à chacune des mères des enfants du groupe expérimental lors de l'évaluation en situation de post-test; c'est à partir des résultats de cette évaluation que nous avons sélectionné les enfants du groupe de comparaison, présentant des caractéristiques équivalentes à celles des enfants du groupe expérimental, au plan de l'âge, du sexe, du statut conjugal et du revenu familial. Le questionnaire socio-démographique ne fut pas administré en entier aux enfants du groupe de comparaison, car il contenait des informations non nécessaires pour la présente recherche et la passation s'avérait de trop longue durée. Nous avons donc sélectionné les questions les plus pertinentes et construit un court questionnaire nous permettant d'obtenir rapidement ces informations, lors du premier contact avec les mères (voir Appendice B).

2.2.3 La Liste de comportements pour enfants d'Achenbach (CBCL) et le Teacher's Report Form (TRF)

Le troisième instrument de mesure utilisé pour cette étude, visait à cerner les manifestations comportementales d'internalisation et d'externalisation, tant chez les enfants maltraités appartenant au groupe expérimental, que chez les enfants du groupe de comparaison. Les indices témoignés par chacun des enfants furent donc recueillis grâce aux données fournies par les mères et les enseignants(es) lors de l'administration de la *Liste de comportements pour enfants d'Achenbach/(4-18 ans) (CBCL)* et du *Teacher's Report Form (TRF)*. Élaborés par Achenbach (1991a et b), ces deux tests, à savoir les versions *parent* et *enseignant*, poursuivent les mêmes objectifs relatifs à la découverte d'une même symptomatologie reliée à l'internalisation et/ou à l'externalisation chez l'enfant.

Ces épreuves expérimentales ont diverses applications. En effet, elles sont utilisées tant au niveau de l'évaluation de l'enfant, que du diagnostic ou de l'intervention et ce, dans un contexte médical, scolaire, judiciaire ou même en situation d'abus commis à l'endroit de l'enfant. Elles ont clairement démontré leurs capacités à discriminer les enfants présentant une problématique, de ceux se situant dans la zone frontière ou connaissant un développement relativement harmonieux. Toutefois, pour poser un diagnostic, il s'avère préférable d'utiliser le *CBCL* ou le *TRF* en conjonction avec un autre test afin de confirmer certaines hypothèses.

Les deux versions sont relativement récentes et sont destinées au dépistage de compétences, de problèmes adaptatifs et de problèmes comportementaux spécifiques

rencontrés chez les enfants, selon la perception parentale ou celle de l'enseignant. L'administration s'effectue individuellement, est d'une durée moyenne de 10 à 17 minutes, et le parent ou l'enseignant peut soit procéder lui-même à la lecture du protocole ou soit demander à un(e) évaluateur(trice) de lui venir en aide en présence de difficultés.

Du point de vue du *CBCL* (version *parent*), seule la perception maternelle des enfants des groupes expérimental et de comparaison fut recueillie, non celle de pères, et la consigne fut identique auprès de chacune d'entre elles. Étant donné l'importance des parents en tant que sources principales d'informations concernant le développement, les compétences et les problèmes rencontrés par leur enfant, nous avons utilisé ce test afin d'obtenir un portrait du comportement de l'enfant en milieu familial au cours des six derniers mois, spécifiquement concernant les problèmes de somatisation, d'anxiété/dépression et de retrait (échelle d'internalisation); de même que les comportements de type agressifs et délinquants (échelle d'externalisation). Il s'agit des variables propres à cette recherche. Quant au *TRF* (version *enseignant*), son utilisation visait également à obtenir un portrait de chacun des enfants au niveau des mêmes variables, mais dans ce cas, le test est formulé de façon à ce que l'enseignant évalue les comportements de l'enfant au cours des deux derniers mois.

Bien que le *CBCL* et le *TRF* visent des objectifs similaires, les deux parties qui les distinguent ne sont pas totalement identiques. En effet, les principales différences se rencontrent dans la première partie de l'épreuve. Pour le *CBCL*, cette dernière comporte vingt items concernant les aspects sociaux, scolaires et les activités de loisirs propres à

l'enfant: ils permettent donc d'en connaître davantage sur le niveau de compétences de l'enfant. La compétence est décrite en fonction du degré d'adaptation de l'enfant, selon qu'il présente ou non ou des problèmes d'ordre émotionnel et/ou comportemental. Ces 20 items sont cotés par les parents, en l'occurrence, la mère pour la présente recherche, en terme de quantité et de qualité. On demande donc à la mère d'évaluer les compétences de son enfant selon la quantité et la qualité de la participation de celui-ci dans les sports, les loisirs, les jeux, les activités, les travaux, de même qu'au niveau de l'amitié. Le test aborde également le contact de l'enfant avec autrui, sa capacité à jouer seul et son fonctionnement scolaire. Ces items sont intégrés à trois échelles, soit les activités, les loisirs et l'aspect scolaire. La somme des points obtenus à ces échelles fournit une estimation des compétences et du degré d'adaptation de l'enfant. Les résultats de l'enfant sont alors convertis en score T, qui, s'ils se situent en bas de 30 (norme établie en tant que zone frontière) désignent une perturbation rencontrée chez l'enfant dans ce domaine.

Quant au *TRF*, les éléments relatifs à cette première section s'avèrent davantage en relation avec les comportements observables de l'enfant en milieu scolaire; elle tente de mettre en lumière le fonctionnement scolaire et adaptatif global de l'enfant. Il importe de mentionner que les enseignants s'avèrent des personnes particulièrement importantes dans l'existence de l'enfant, étant donné la quantité et la qualité des échanges entre les deux protagonistes. Ils permettent d'obtenir un enrichissement et des données complémentaires à celles des parents.

Mentionnons que la première section de ces deux épreuves expérimentales que sont le *CBCL* et le *TRF*, ne fut pas comptabilisée pour les fins de la présente recherche, mais

davantage utilisée au plan informatif. Seule la deuxième partie de chacune des versions fut retenue afin d'infirmar ou de confirmer les hypothèses de recherche.

Plus spécifiquement, ce second volet du *CBCL* et du *TRF* renferme 118 items qui traitent de divers problèmes spécifiques susceptibles d'affecter les enfants. Il comporte également quelques questions ouvertes afin de fournir l'opportunité aux parents ou aux enseignants d'ajouter les problèmes non mentionnés précédemment. Ces items se regroupent en huit catégories, soit: le retrait, les plaintes somatiques, l'anxiété/dépression, les problèmes sociaux, les problèmes de la pensée, les problèmes d'attention, un comportement délinquant et finalement, un comportement agressif. L'ensemble des items sont notés sur une échelle variant de 0 à 2 : 0 signifiant *pas vrai* ; 1 *quelquefois vrai* ; 2 *très vrai* ou *souvent vrai*. Ces items forment des syndromes, se caractérisant par des problèmes qui tendent à se produire simultanément. Cette section du test permet de décrire le résultat de l'enfant à chacune de ces catégories en fonction de son âge et de son sexe, de même que le résultat global pour l'ensemble des 118 items. Lorsque le résultat global de l'enfant dépasse la zone frontière de 60 à 63 pour le score T, il y a indice de perturbation. Pour les catégories spécifiques, il y a perturbation lorsque les scores T dépassent 67 à 70. Mentionnons que les items de cette section ne sont pas totalement identiques dans le *CBCL* et le *TRF*. En effet, quelques items du *CBCL* ont dû être modifiés, ne s'appliquant pas aux enseignants. Ces items peuvent aisément être décelés dans le protocole : la lettre A les précédant. Toutefois, la similarité des items entre le *CBCL* et le *TRF* facilite les comparaisons entre la perception parentale et celle de l'enseignant. Achenbach et Edelbrock (1981) rappellent que l'utilisation du

TRF, soit la version enseignant, est particulièrement pertinente auprès des enfants abusés par des membres de leur famille immédiate, car les parents abuseurs sont susceptibles d'entretenir une perception erronée de leur enfant, exagérant ou minimisant les difficultés présentées par ce dernier. Au sein de ce type de famille, il serait donc ardu d'obtenir un portrait adéquat des comportements de l'enfant. C'est pour cette raison que nous avons utilisé les deux versions, *parent* et *enseignant*, pour fins de comparaisons. De plus, les auteurs Achenbach et Edelbrock (1981) ont d'ailleurs souligné dans leurs écrits l'importance et la pertinence d'effectuer des études portant sur les différences observables entre les enfants maltraités et non maltraités.

Les qualités métrologiques du *CBCL* sont très bonnes. La fidélité du test, basée sur la forme test-retest après un période de sept jours est adéquate, de même que la stabilité des résultats à long terme. Fait à noter, la fidélité inter-interviewer dénote un r de .93 pour les compétences et de .96 pour les problèmes. La présence de plusieurs évaluateurs(trices) lors de la cueillette de données, ce qui fut le cas pour cette étude auprès des mères du groupe expérimental, ne semble donc pas influencer négativement les résultats. Le test possède donc une bonne fidélité. Quant à sa validité, elle fut vérifiée à diverses reprises dans certaines études, lorsque mis en relation avec d'autres tests, tels que le *Conners Parent Questionnaire* (1973) et le *Quay-Peterson Revised Behavior Problem Checklist* (1983).

En ce qui concerne les qualités métrologiques du *TRF*, elles s'avèrent toutes aussi significatives. Nous ne les aborderons pas de façon précise, tant pour le *CBCL* que le

TRF, puisque ces deux épreuves expérimentales sont couramment utilisées dans le domaine de la psychologie.

En bref, ces deux tests permettent de découvrir si l'enfant présente davantage de problèmes d'internalisation ou d'externalisation, ou s'il présente ces deux problématiques conjointement. De manière plus spécifique, les catégories regroupant la tendance au retrait, les plaintes somatiques et l'anxiété/dépression, permettent de déduire si l'enfant souffre ou non de problèmes relatifs à l'internalisation, c'est-à-dire des problématiques plutôt d'ordre interne. L'externalisation, quant à elle, est mesurée par les catégories de comportements délinquants et de comportements agressifs. Le résultat est obtenu par l'addition des catégories I à III, soit le retrait, les plaintes somatiques et l'anxiété/dépression, pour l'échelle d'internalisation; tandis que l'addition des résultats aux catégories VII et VIII de comportements délinquants et agressifs permettent d'obtenir un résultat à l'échelle d'externalisation. Lorsque le résultat de l'enfant, converti en score T, dépasse 60, il y a indice de perturbation soit au plan de l'internalisation, soit de l'externalisation, ou les deux. A titre informatif, mentionnons qu'il existe également, au sein de cette épreuve expérimentale, des catégories permettant de déterminer les problèmes sociaux, les troubles de la pensée et les problèmes d'attention. Toutefois, ces trois catégories ne font pas partie ni de l'échelle d'internalisation, ni de l'échelle d'externalisation. Elles fournissent simplement une information supplémentaire sur les difficultés spécifiques de l'enfant et nous ne les avons pas utilisées dans le cadre de cette étude.

La correction du *CBCL* et du *TRF* est rapide et peut s'effectuer soit manuellement, soit de manière informatisée, grâce à un logiciel disponible à cet effet. Elle se déroule en fonction du sexe et de l'âge de l'enfant, puisque les normes s'avèrent différentes selon ces variables. Cela permet de déduire si l'enfant est normal par rapport aux autres enfants de son âge, s'il se situe dans la zone frontière, ou s'il présente des problématiques particulières. L'enfant est décrit comme normal, lorsqu'il obtient des scores normaux à la fois à l'échelle de compétences et à celle des problèmes. Il se situe dans la zone frontière lorsque l'une ou l'autre des échelles indique des résultats problématiques. De plus, lorsque les deux échelles sont problématiques, l'enfant est considéré comme étant perturbé. La localisation de l'enfant entre ces trois zones s'effectue en fonction de ses résultats, puis des scores T associés à chacun des résultats.

2.2.4 Le Test du dessin de la famille

Finalement, le quatrième instrument de mesure utilisé dans le cadre de cette recherche, se rapporte au *Test du dessin de la famille*, permettant d'obtenir la représentation projective qu'a l'enfant de ses difficultés relatives à l'internalisation et à l'externalisation. Grandement utilisé en clinique depuis les travaux de nombreux chercheurs, dont Goodenough (1926), Machover (1949), Harris (1963) et Corman (1964), il représente, selon Powell et Faherty (1990), l'outil le plus approprié et le moins stressant face aux enfants abusés (population visée par la présente étude); ces derniers possédant des capacités de verbalisation vraisemblablement inhibées.

Pour cette recherche, chacun des enfants des groupes expérimental et de comparaison fut donc rencontré individuellement afin de l'amener à produire un dessin de famille. La consigne donnée était fort simple et se rapportait à celle élaborée par Corman (1964), soit *Dessine une famille*. Aucune limite de temps n'était donnée à l'enfant pour la réalisation de sa production graphique et il ne disposait que d'une feuille blanche, un crayon de plomb, ainsi que d'une efface. La tâche terminée, l'expérimentatrice prenait soin de noter l'ordre des personnages présentés par l'enfant, leur sexe, leur âge, de même que les verbalisations fournies par le participant tout au long de la séance.

Par la suite, un certain nombre de critères graphiques opérationnels relatifs à chacune des variables dépendantes mentionnées antérieurement dans ce mémoire, ont été recensés dans la littérature, validés par trois psychologues d'expérience familiarisés avec le *Test du dessin de la famille*, puis utilisés pour la cotation de chacun des dessins par la responsable de cette recherche (voir Appendice C pour cette grille). Afin de s'assurer une certaine fidélité inter-juge, environ le tiers des dessins furent sélectionnés au hasard et cotés par deux autres évaluatrices, toutes deux étudiantes à la maîtrise en psychologie dans le domaine de l'enfance : ceci a été fait dans le but de comparer les réponses et de constater l'objectivité des résultats; en effet, les cotations étaient très concordantes étant donnée la précision des items.

La validité et la fidélité du *Test du dessin de la famille* furent étudiées antérieurement et ce test démontre de bonnes capacités à discriminer les difficultés rencontrées chez les enfants. En effet, de nombreuses recherches ont démontré sa

validité lorsqu'il est mis en relation avec d'autres épreuves expérimentales plus objectives, telles que la *School Behavior Checklist*, la *Children's Manifest Anxiety Scale*, la *Semantic Differential Family Scale*, la *Family Environment Scale*, le *Parental Bonding Instrument*, et le *Coopersmith Self Esteem Inventory*. Mentionnons, par exemple, la recherche d'O'Brien et Patton (1974), qui a démontré la validité du dessin de famille en comparant ses résultats à ceux obtenus grâce à la *School Behavior Checklist*, c'est-à-dire un des instruments de mesure utilisé dans le cadre de la présente recherche. De plus, la majorité des études, telles que celles réalisées par Deren (1975), Soes (1984), Conant (1989), ainsi que Lieberman et Baer (1992), montrent que les données du dessin de la famille sont valides.

Quant à sa fidélité, Morval (1974), Conant (1989), ainsi que Handler et Habenicht (1994) la démontrent clairement dans leurs études et ces derniers obtiennent une concordance interjuges de l'ordre de 87 à 95%. Toutefois, Morval (1974) spécifie que la concordance interjuges est plus significative lorsque les enfants dessinent leur véritable famille, plutôt qu'une famille imaginaire (accord de 100% pour leur vraie famille et de 50% pour une famille imaginaire). Les résultats concernant la fidélité test-retest du dessin de la famille sont plus variables selon les diverses études. Il faut toutefois considérer que le dessin chez l'enfant évolue constamment et subit diverses modifications pouvant faire fluctuer les productions graphiques dans le temps. Le dessin de la famille apparaît donc comme un portrait intérieur de l'enfant au moment de l'expérimentation. D'ailleurs, Morval et Laroche (1976) mentionnent l'importance de recourir à la prudence en raison de l'évolution constante de la personnalité et de la

difficulté d'obtenir une comparaison test-retest dans une épreuve projective. Cependant, dans leur étude, Morval et Laroche (1976) obtiennent des résultats significatifs concernant la constance générale à court terme du dessin de famille. De plus, étant donné qu'il s'avère périlleux de conclure à un diagnostic précis chez l'enfant à l'aide d'une seule production graphique, tel que mentionné par Porot (1952), nous avons donc opté, dans cette recherche, pour l'utilisation conjointe de deux autres tests (le *CBCL* et le *TRF*) pour fins d'investigations et afin d'obtenir des résultats plus valides.

A titre informatif, il importe de mentionner que d'importantes recherches antérieures ont utilisé le *Test du dessin de la famille* auprès des enfants maltraités (Hjorth & Harway, 1981 ; Knoff & Prout, 1985) ou abusés sexuellement (Hackbarth *et al.*, 1991 ; Kaplan, 1991 ; Rodgers, 1992) ; ceci indique qu'il peut être utilisé auprès de la clientèle de la présente recherche. Knoff et Prout (1985) mentionnent d'ailleurs dans leur article que *Le Test du dessin de la famille en action* (dérivé du *Test du dessin de la famille*) a été utilisé auprès des enfants abusés et qu'il constitue une technique utile permettant d'identifier certains éléments comportementaux ou émotionnels auprès de diverses populations, et que ceci peut permettre de discriminer la présence ou l'absence de ces éléments chez les individus.

Voici de manière plus précise, comment nous avons procédé pour le choix de nos critères graphiques. Suite à l'administration du *Test du dessin de la famille* à chacun des enfants, nous avons procédé de manière plus spécifique à une recension de la littérature afin de regrouper l'ensemble des indices graphiques permettant d'identifier la présence de certaines difficultés chez les enfants des deux groupes appartenant à cette recherche :

nous voulions donc obtenir différents critères graphiques, relativement objectifs, qui nous permettraient de coter les dessins de famille et de découvrir ainsi si les enfants maltraités et ceux non maltraités, présentaient des difficultés propres à l'internalisation (anxiété, dépression, retrait, somatisation) et/ou à l'externalisation (délinquance, agressivité). Afin de faciliter la compréhension de ce que nous venons d'exposer, voici quelques exemples d'indices graphiques : la présence d'ombrage sur le dessin se rapporte à l'anxiété, une bouche omise, à la somatisation, les dents visibles, à l'agressivité, etc. Cette recension effectuée et les données regroupées, nous avons construit une grille pour chacune de ces variables énumérées précédemment, chacune d'elles comportant au tout début une douzaine d'indices graphiques, tels que les exemples que nous venons d'énumérer. Par la suite, l'ensemble des six grilles fut soumis à l'évaluation de trois psychologues. Ceux-ci furent amenés à sélectionner les items les plus représentatifs pour chacune des variables et à éliminer ceux qui semblaient moins pertinents, compte tenu de l'expérience qu'ils avaient acquise dans ce domaine. Les items non pertinents retranchés, nous avons procédé à la comparaison des trois versions soumises par les psychologues et conservé uniquement les items ayant été mentionnés comme étant très pertinents pour évaluer nos variables, par au moins deux des trois psychologues. Il nous fut impossible de conserver un accord interjuges parfait de 3/3 (100%) étant donné la rareté des indices graphiques permettant de décrire les problématiques recherchées. Donc, suite à cette épuration des items, seuls sept items par grille furent considérés pour la cotation de chacun des dessins de famille réalisés par les enfants des deux groupes. Ces grilles apparaissent en appendice C à la fin de ce mémoire. Le dessin de famille de

chacun des enfants fut donc soumis à l'évaluation par l'entremise de ces grilles. La cotation s'est réalisée en prenant en considération l'absence ou la présence de chaque indice dans le dessin de l'enfant. Les résultats furent ensuite compilés et chacun des enfants obtint un résultat pour l'échelle d'internalisation (en additionnant les quatre grilles : anxiété, retrait, somatisation, dépression) et un autre résultat pour l'échelle d'externalisation (en additionnant les deux grilles : délinquance et agressivité). Ce résultat fut par la suite comparé aux résultats obtenus à la fois au *CBCL* et au *TRF*, explicités précédemment, en utilisant les mêmes échelles. Mentionnons que nous avons dû calculer la moyenne obtenue par chaque enfant pour les grilles d'indices graphiques «anxiété» et «dépression», étant donné que ces deux problématiques étaient évaluées conjointement dans le *CBCL* et le *TRF* et non dans le *Test du dessin de la famille*. Nous avons donc fait la moyenne des résultats obtenus pour ses deux échelles dans le dessin de la famille et comparé le nouveau résultat à l'échelle correspondante dans le *CBCL* et le *TRF*. Mentionnons qu'au sein de ces dernières épreuves expérimentales, l'échelle porte le nom de «anxiété/dépression», ce qui signifie que les deux problématiques sont évaluées conjointement.

2.3 Déroulement de l'expérience

Tel qu'explicité antérieurement, la première étape de cette recherche fut de constituer un groupe expérimental composé d'enfants ayant déjà eu un ou des signalements pour négligence et/ou maltraitance au Centre Jeunesse du District 04. De manière spécifique, ces enfants furent sélectionnés à partir d'une banque de données

disponible au Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, à l'UQTR, qui regroupe un certain nombre de familles ayant participé à un projet d'intervention se déroulant entre 1992 et 1998. Il s'agissait d'un programme d'aide personnelle, familiale et communautaire mis au point par Mme Palacio-Quintin et ses collaborateurs. Ces familles, ainsi que leurs enfants, ayant déjà eu un ou des signalement(s) pour négligence et/ou maltraitance à ce Centre Jeunesse, avaient alors été évalués par le GREDEF en situation de pré-test et de post-test. C'est à partir de ces évaluations que le groupe expérimental de cette étude fut constitué. Les enfants sélectionnés devaient répondre à certains critères, aux plans de l'âge et du rendement intellectuel. En effet, ceux présentant une déficience intellectuelle furent éliminés, car leurs caractéristiques personnelles risquaient de compromettre leurs résultats aux diverses épreuves expérimentales.

Au total, trente enfants furent donc retenus. Par la suite, afin d'en arriver à une comparaison des résultats, nous devions trouver trente autres enfants possédant des caractéristiques similaires aux enfants du groupe expérimental, sans toutefois qu'ils aient été victimes de négligence ou de maltraitance. La comparaison des résultats des deux groupes d'enfants avait pour but de constater si effectivement, la maltraitance ou la négligence génère des séquelles significatives et distinctes chez les enfants maltraités, les rendant facilement identifiables par rapport à un groupe d'enfants n'ayant pas connu de tels traumatismes.

Afin de constituer ce groupe de comparaison d'enfants non maltraités, une autorisation pour effectuer la présente étude fut demandée à la direction de trois écoles

primaires de la région de Lanaudière. Par la suite, une lettre de demande d'autorisation (Appendice A) pour participer à la recherche fut envoyée aux parents de l'ensemble des élèves des trois écoles, par l'intermédiaire des enfants; les parents devaient alors retourner la lettre signifiant leur accord ou leur désaccord à participer à cette recherche. S'ils acceptaient, ils avaient la possibilité d'obtenir les résultats de leur enfant aux divers tests au cours de l'année suivante. Les parents ont répondu massivement, mais seul un petit groupe d'enfants fut sélectionné, car chacun devait correspondre à un enfant du groupe expérimental : ils devaient donc être appariés un à un et ce, afin que les deux groupes soient le plus homogène possible au niveau des caractéristiques personnelles des enfants. Le sexe des enfants, de même que le statut conjugal des parents furent respectés à la lettre. Du point de vue de l'âge et du revenu familial, nous avons dû conserver une certaine marge de manœuvre : un écart d'au maximum 10 mois pour l'âge entre chacun des enfants et un revenu familial annuel pouvant varier d'au plus 10 000\$, furent acceptés. Les enfants furent donc appariés selon ces critères : le sexe, le statut conjugal, l'âge et le revenu familial. De plus, les enfants du groupe de comparaison ne devaient pas présenter une déficience intellectuelle ni avoir été victimes de mauvais traitements ou de négligence de la part de leurs parents. Pour éliminer la possibilité que les enfants du groupe de comparaison aient été victimes de maltraitance, nous avons vérifié si les enfants étaient connus par l'école (enseignant et directeur), comme faisant l'objet de violence et/ou de négligence de la part d'un membre de la famille. De plus, certaines questions furent posées aux enseignants de chacun des enfants sélectionnés afin d'éliminer ceux présentant de sérieuses difficultés scolaires. Il était entendu que si nous

avons découvert qu'un enfant était victime de maltraitance au moment de l'expérimentation, le directeur(trice) de l'établissement en aurait été immédiatement avisé(e).

L'expérimentation concernant les enfants du groupe de comparaison s'est déroulée en fin d'année scolaire, soit d'avril à juin 1998 et ceci, afin de s'assurer que les enseignants, appelés à remplir un questionnaire portant sur chacun des enfants, soient en mesure de connaître suffisamment le fonctionnement de leurs élèves. Les trente enfants furent rencontrés individuellement dans leur milieu scolaire, durant les heures normales de cours et ce, dans un local libre prévu à cette fin. L'expérimentation avait une durée moyenne de 10 minutes, soit le temps nécessaire pour effectuer un dessin de famille : il s'agit là de l'unique épreuve expérimentale administrée aux enfants du groupe de comparaison. Les deux autres épreuves furent administrées individuellement à la mère et à l'enseignant de chacun des enfants sélectionnés. Pour les remercier de leur participation, un petit cadeau fut offert à chacun des enfants (crayon et efface à motifs artistiques). La passation a été réalisée par l'auteur de ce mémoire et les directives se sont avérées identiques pour chacun des sujets. Puis, un questionnaire fut adressé à la mère de chacun des enfants et déposé dans sa boîte aux lettres. Par la suite, la responsable de cette expérimentation s'est assurée de la cueillette des questionnaires.

En ce qui concerne la participation des enseignants, qui devaient également remplir un questionnaire, le directeur les a informés qu'un questionnaire leur serait distribué pour chacun des enfants retenus dans leur classe, et qu'ils disposaient d'une période de

deux mois pour le remplir. Les enseignants ont volontiers participé et les questionnaires concernés furent récupérés à la fin des classes, soit en juin 98.

Chapitre 3

Résultats

3.1 Méthodes d'analyse

Dans le cadre de cette recherche, trois types d'analyses statistiques furent utilisés afin d'aller vérifier les trois hypothèses énoncées précédemment. En ce qui concerne la première hypothèse (divisée en a et b), qui vise à mettre en lumière les différences de moyennes entre les enfants maltraités et non maltraités par le biais de deux épreuves expérimentales, nous avons employé le *t-test* groupé: soit un *t-test* groupé pour le *TRF* et un autre pour le *Test du dessin de la famille*. Pour la deuxième hypothèse, se rapportant à une relation entre les scores obtenus au *Test du dessin de la famille* et au *Teacher's Report Form*, nous avons alors opté pour l'utilisation d'une corrélation. Puis, finalement, la dernière hypothèse, dite exploratoire, cherchait à vérifier les similitudes ou les différences observables entre la perception maternelle et celle de l'enseignant en fonction des deux groupes d'enfants étudiés. La *Manova* à mesures répétées fut donc employée en tant qu'analyse statistique. Le seuil de signification retenu pour l'ensemble des analyses effectuées dans le présent mémoire est de .05 et les résultats seront présentés dans le même ordre que les hypothèses élaborées à la fin du contexte théorique.

3.2 Présentation des résultats

La première hypothèse soutient qu'il y aura des différences significatives entre les enfants maltraités et non maltraités, au niveau des symptômes d'internalisation et d'externalisation et ce, dans les scores obtenus au *TRF* ainsi que dans les indices

graphiques recueillis dans le *Test du dessin de la famille*. Cette première hypothèse se divise donc en deux parties distinctes, qui visent toutefois à mesurer les mêmes variables; seule l'origine de l'épreuve expérimentale diffère. L'hypothèse 1 a) tente de mettre en lumière des différences significatives au niveau de l'échelle d'internalisation et d'externalisation, entre les enfants des groupes de comparaison et expérimental, selon la cotation établie par l'enseignant. En effet, le *TRF* est une épreuve expérimentale remplie par l'enseignant de l'enfant. L'hypothèse 1 b) suppose également des différences significatives observées entre les deux groupes d'enfants au *Test du dessin de la famille* aux plans des mêmes variables, soit internalisation et l'externalisation. Ce dessin fut effectué par l'enfant lui-même.

Tel qu'exposé au tableau 2 et contrairement à l'hypothèse de départ 1a) élaborée précédemment, nous n'observons pas de différence significative entre les scores obtenus au *TRF* pour les deux groupes d'enfants, et ce, tant pour l'échelle d'internalisation que pour celle se rapportant à l'externalisation. Cette première hypothèse s'avère donc infirmée. En effet, les enfants maltraités affichent une moyenne de 60.17 (E.T de 9.06) pour le score d'internalisation et les enfants non maltraités, une moyenne de 50.67 (E.T. de 9.25). En fonction de ce qui fut présenté dans la méthodologie concernant le *TRF*, les enfants maltraités se situent donc dans la zone de perturbation au niveau de l'internalisation et ce, contrairement aux enfants non maltraités (seuil pathologique = 60). Certes, les moyennes ne s'avèrent pas identiques et présentent même un certain écart, mais les résultats ne reflètent pas une différence significative entre les deux groupes d'enfants au niveau de l'internalisation [$t(58) = 4.02$, n.s.]. Il en est de même

Tableau 2

Moyennes et écarts types pour les deux groupes d'enfants au
niveau des variables d'internalisation et d'externalisation
obtenus au *Teacher's Report Form*

	Échelle internalisation	Échelle externalisation
Groupe		
Enfants maltraités (n = 30)	60.17 (9.06)	63.00 (12.25)
Enfants non maltraités (n = 30)	50.67 (9.25)	53.17 (10.42)
Valeur du T	4.02	3.85
<i>p</i>	.47	.23

Note : Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

pour les scores d'externalisation au *TRF* [$t(58) = 3.85$, n.s.]. Les enfants maltraités obtiennent alors une moyenne de 63.00 (E.T. de 12.25) et les enfants non maltraités 53.17 (E.T. de 10.42) : les enfants maltraités se situent encore dans la zone de perturbation, tandis que les enfants non maltraités ne s'y retrouvent pas. Les enseignants perçoivent donc les comportements externalisés et internalisés des enfants maltraités et non maltraités sensiblement de la même façon et les moyennes démontrent que tant les enfants maltraités que non maltraités présentent un taux plus élevé de symptômes externalisés qu'internalisés (toujours selon la perception de l'enseignant) bien que les moyennes soient tout de même rapprochées en ce qui concerne les symptômes internalisés. Ce phénomène s'avère relativement normal lorsque nous prenons en considération que les symptômes externalisés sont davantage perceptibles aux yeux de l'enseignant.

Les analyses statistiques nous ont permis d'observer des résultats similaires pour le *Test du dessin de la famille*, employé afin d'infirmer ou confirmer l'hypothèse 1 b). En effet, les représentations graphiques familiales ne permettent pas d'établir de différence de moyennes entre les deux groupes d'enfants au niveau des deux variables observées, soient l'internalisation et l'externalisation. En fait, tel que le démontre le tableau 3, les moyennes en ce qui concerne l'internalisation sont de 9.07 (E.T. de 2.17) pour les enfants maltraités et de 7.53 (E.T. de 2.06) pour les non-maltraités, avec un t de 2.74 (n.s.). Tandis que pour l'externalisation, elles sont de 3.90 (E.T. de 1.30) pour les enfants maltraités et de 3.13 (E.T. de 1.11) pour les enfants non maltraités, avec un t de 2.46 (n.s.).

Tableau 3

Moyennes et écarts types pour les deux groupes d'enfants au niveau des variables d'internalisation et d'externalisation obtenus au *Test du dessin de la famille*

	Internalisation(/21)	Externalisation(/14)
Groupe		
Enfants maltraités (n = 30)	9.07 (2.17)	3.90 (1.30)
Enfants non maltraités (n = 30)	7.53 (2.06)	3.13 (1.11)
Valeur du T	2.74	2.46
p	.90	.89

Note : Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Donc, en résumé, il n'y a pas de différence significative entre les enfants maltraités et non maltraités au niveau des symptômes internalisés et externalisés et ce, à la fois selon la perception de l'enseignant et selon l'élaboration graphique fournie par l'enfant lui-même. Cependant, les résultats démontrent qu'en général, les enfants présentent davantage de symptômes internalisés dans le cadre du dessin de la famille qu'ils ont eux-

mêmes réalisé, alors que le contraire se produit au niveau de la perception de l'enseignant au sein du *TRF* : ce sont alors les comportements externalisés qui ressortent davantage. De plus, il s'avère tout de même important de noter que les enfants maltraités affichent une moyenne plus élevée que les enfants non-maltraités en ce qui concerne nos deux variables, et que ce phénomène s'observe au niveau des deux épreuves expérimentales, soit le *TRF* et le *Test du dessin de la famille*. Cependant, cette différence de moyennes est non significative et ne permet de différencier les enfants maltraités des non maltraités.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse, elle affirme qu'il y aura une relation significative entre les scores obtenus au *Test du dessin de la famille* aux plans de l'internalisation et de l'externalisation, et les scores obtenus au *TRF* au niveau des mêmes échelles. Or, les résultats obtenus grâce à l'utilisation de corrélations démontrent que les résultats s'avèrent tous non significatifs. Plus précisément, tels qu'en témoignent les résultats présentés ultérieurement dans le tableau 4, il n'y a pas de relation entre l'internalisation et l'externalisation lorsque nous faisons une corrélation entre les deux épreuves expérimentales et ce, tant pour la population totale que pour le groupe expérimental et de comparaison, pris individuellement. En conclusion, cette deuxième hypothèse est également infirmée.

Tableau 4

Relations (Corrélation de Pearson) entre les scores obtenus au *TRF* et ceux obtenus au *Test du dessin de la famille* pour la population totale (n=60), la population d'enfants maltraités (n=30) et la population d'enfants non maltraités (n=30)

		Score au <i>Test du dessin de la famille</i>	
		Internalisation	Externalisation
Population totale (n = 60)			
Score au <i>TRF</i>	Internalisation	.12 <i>p</i> =.37	.12 <i>p</i> =.36
	Externalisation	.05 <i>p</i> =.70	.18 <i>p</i> =.16
Groupe d'enfants maltraités (n = 30)			
Score au <i>TRF</i>	Internalisation	-.018 <i>p</i> =.93	.09 <i>p</i> =.63
	Externalisation	-.12 <i>p</i> =.54	.26 <i>p</i> =.17
Groupe d'enfants non maltraités (n= 30)			
Score au <i>TRF</i>	Internalisation	-.08 <i>p</i> =.67	-.16 <i>p</i> =.41
	Externalisation	-.10 <i>p</i> =.59	-.19 <i>p</i> =.31

En tant que troisième hypothèse, davantage exploratoire, nous soutenions que la relation entre la perception des mères et celle des enseignants présenterait des différences significatives plus importantes dans le cas du groupe expérimental, et moindres au sein du groupe de comparaison : c'est-à-dire que les résultats entre ces deux perceptions convergeront davantage au sein du groupe d'enfants non victimes de maltraitance et divergeront dans le cas des enfants maltraités.

Tout d'abord, les résultats obtenus via l'emploi d'une *Manova* démontrent que, sans égard à la personne répondant au questionnaire (mère ou enseignant), il n'y a pas de différence significative entre les enfants maltraités ou non maltraités au point de vue des symptômes d'internalisation, c'est-à-dire lorsque l'on combine les moyennes obtenues par les mères à celles des enseignants [$F(1, 58) = 1.93, p = .170$]. Cependant, des différences significatives entre les enfants maltraités et non maltraités apparaissent au niveau des symptômes d'externalisation (toujours sans égard au répondant) [$F(1, 58) = 7.87, p = .01$]. Par ailleurs, lorsque nous comparons les moyennes obtenues pour l'ensemble des mères à celles de l'ensemble des enseignants, sans égard, cette fois, au groupe d'enfants maltraités ou non maltraités, la statistique indique un effet marginal mais non-significatif [$F(1, 58) = 3.14, p = .082$]. En effet, les moyennes obtenues par les enseignants au niveau de l'internalisation, mentionnent un score T moyen de 55.42 avec un écart type de 10.26, tandis que les mères obtiennent un score T moyen de 58.1, avec un écart type de 9.33. La différence entre les moyennes obtenues au niveau de l'externalisation s'avèrent également non significative, avec un score T moyen de 58.08 (écart type de 12.32) pour les enseignants et de 57.55 (écart type de 9.95) pour les

mères. C'est cette différence entre les informants qui est statistiquement non significative; c'est-à-dire lorsque nous ne prenons pas en considération les groupes auxquels appartiennent les enfants (maltraités ou non).

Toutefois, malgré ces éléments non significatifs, notre hypothèse de départ est tout de même confirmée. En effet, des différences significatives apparaissent lorsque nous prenons en considération à la fois le type d'informateurs et le groupe d'enfants (maltraités ou non): ce que vise directement notre hypothèse. C'est alors que nous observons des différences significatives et ce, tant pour l'internalisation [$F(1, 58) = 21.24, p < .001$] que pour l'externalisation [$F(1, 58) = 7.06, p = .01$]. Il y a donc des différences significatives dans la relation entre l'évaluation enseignant-mère lorsque nous comparons les deux groupes d'enfants. De manière plus précise, lors de l'analyse des différentes moyennes, nous observons que dans le groupe d'enfants maltraités, les mères auraient tendance à noter moins de symptômes internalisés et externalisés chez leurs enfants, que les enseignants de ces mêmes enfants. Tandis que pour les enfants du groupe de comparaison, nous constatons le phénomène opposé, c'est-à-dire que cette fois, ce sont les mères qui perçoivent davantage de problèmes internalisés et externalisés chez leur enfant en comparaison avec la perception de l'enseignant. Le tableau 5, de même que la figure 1 permettent de visualiser plus précisément les résultats obtenus.

De plus, nous pouvons également constater qu'au niveau des symptômes internalisés chez les enfants maltraités, les enseignants notent davantage de symptômes chez ce type d'enfants, en comparaison avec le groupe d'enfants non maltraités (60.17 pour maltraités et 50.67 pour non maltraités). En ce qui concerne l'externalisation, les

Tableau 5

Moyennes obtenues aux échelles d'internalisation et d'externalisation
selon le type d'informants (mère ou enseignant)

		Achenbach version	
Groupe		Mères	Enseignants
Enfants maltraités	Internalisation	55.87 (6.6)	60.17 (9.06)
	Externalisation	59.77 (9.35)	63.00 (12.25)
Enfants non maltraités	Internalisation	60.33 (11.1)	50.67 (9.25)
	Externalisation	55.33 (10.19)	53.17 (10.42)
Échantillon Total	Internalisation	58.10 (9.33)	55.42 (10.26)
	Externalisation	57.55 (9.95)	58.08 (12.32)

Note : Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

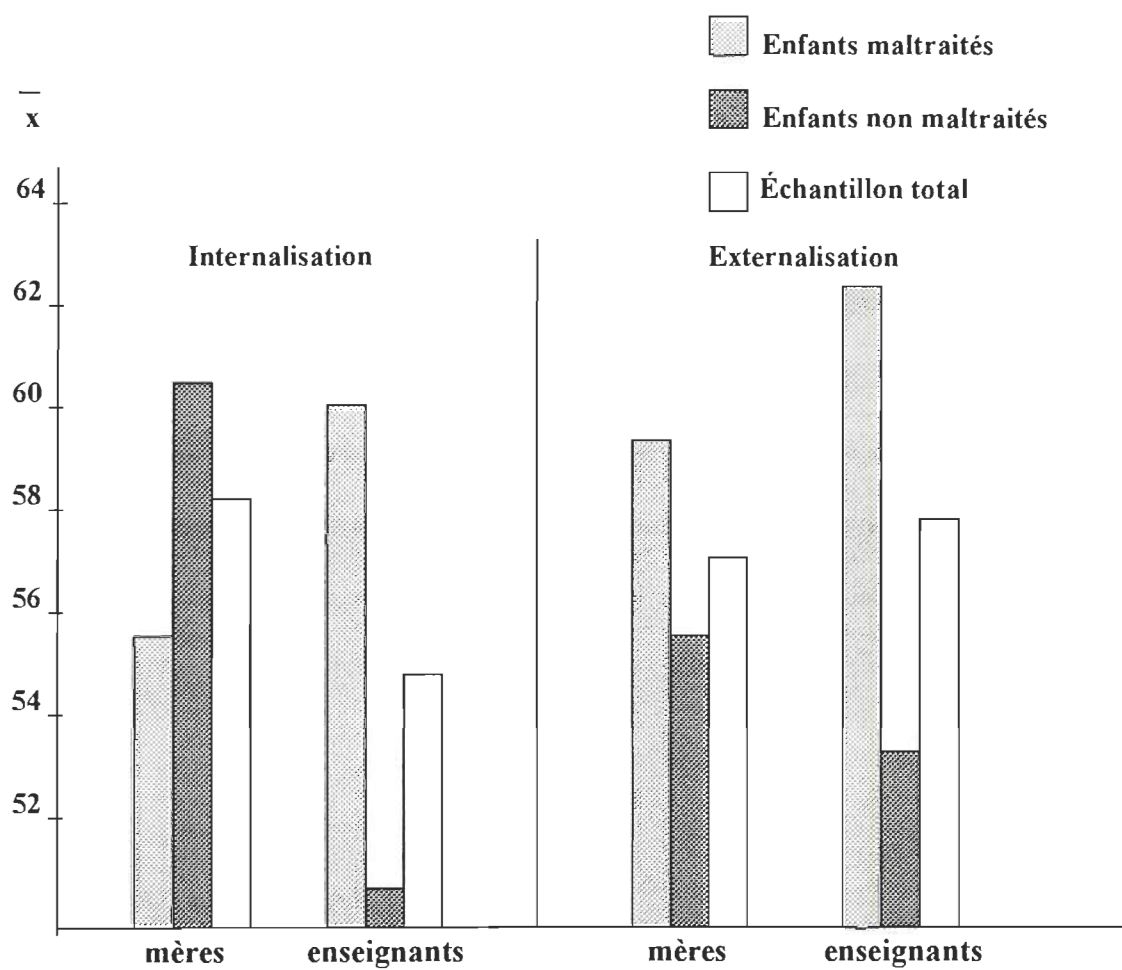


Figure 1. Comparaison des moyennes obtenues pour aux échelles d'internalisation et d'externalisation selon le type d'informants (mère ou enseignant).

enseignants notent également davantage de problèmes d'externalisation chez les enfants maltraités (63) que les enfants du groupe de comparaison (53.17). Donc, en résumé, les enseignants perçoivent davantage de symptômes internalisés et externalisés chez les enfants maltraités que les enfants non maltraités, tandis qu'en ce qui concerne la perception des mères, le phénomène se présente quelque peu différemment. Selon la perception maternelle, les enfants maltraités présenteraient davantage de symptômes externalisés (59.77), tandis que pour les enfants non maltraités, ce sont les symptômes d'internalisation qui prédominent (60.33). Les figures 2, 3 et 4, pourront être consultées afin de mieux visualiser les résultats.

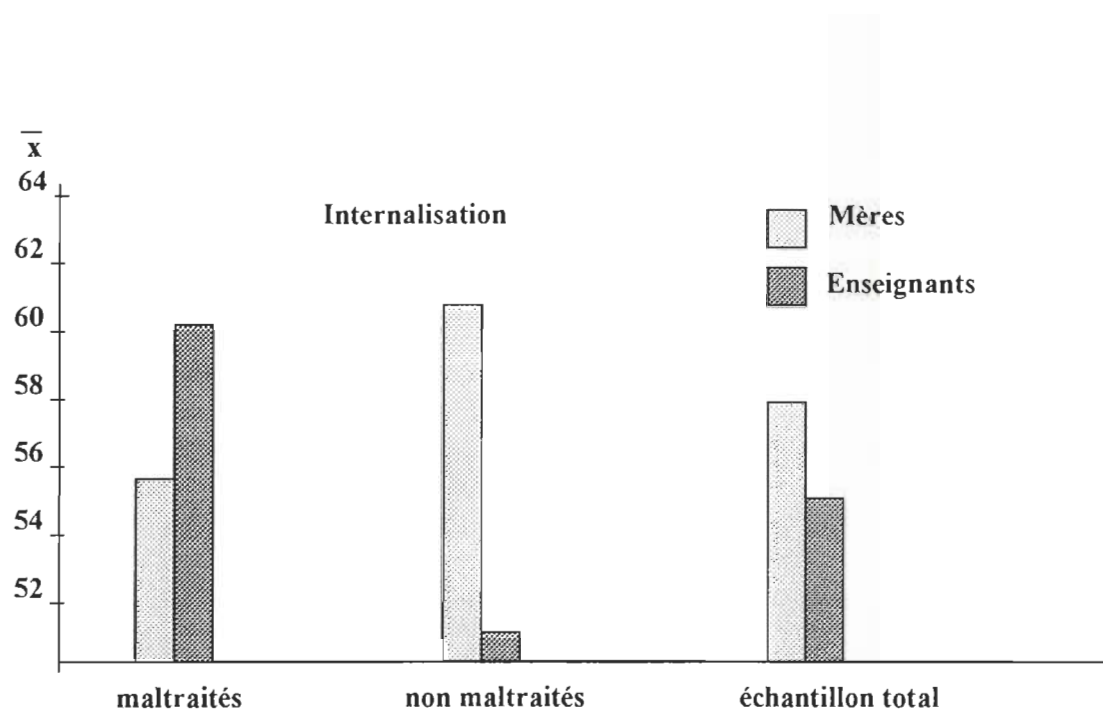


Figure 2. Comparaison des moyennes obtenues pour les symptômes d'internalisation selon la perception des enseignants et celle des mères.

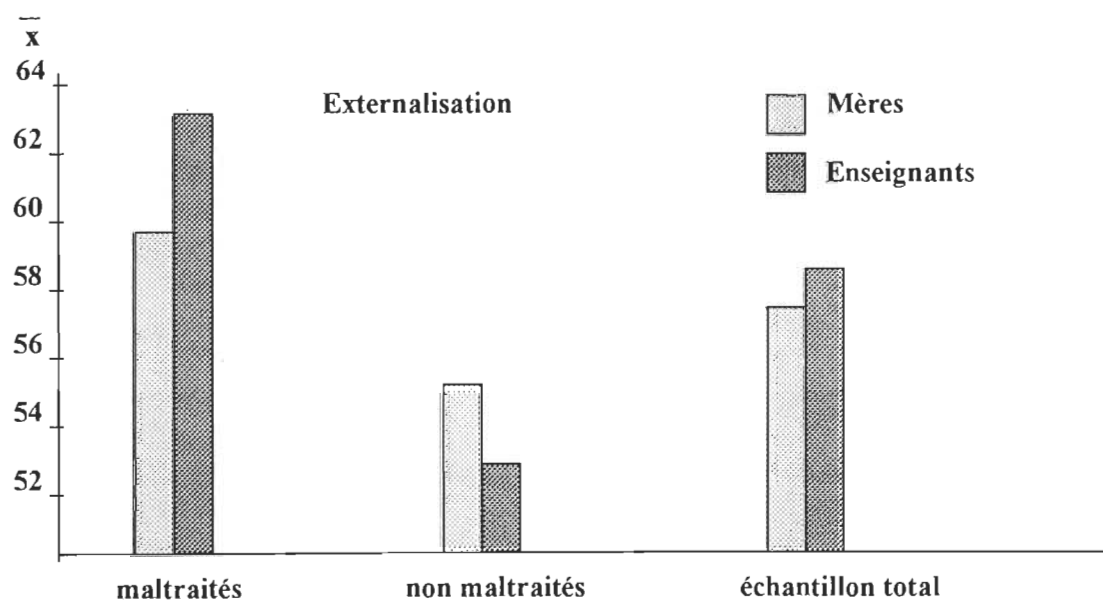


Figure 3. Comparaison des moyennes obtenues pour les symptômes d'externalisation selon la perception des enseignants et celle des mères.

Discussion

L'objectif principal de la présente recherche était de vérifier si les enfants maltraités présentaient des symptômes observables et reconnaissables au point de vue de l'internalisation et de l'externalisation et ce, en comparaison avec des enfants n'ayant pas connu une telle situation au cours de leur existence. De manière plus spécifique, nous voulions vérifier, si ces différences, si différence il y avait, s'observaient tant au niveau de la perception des enseignants de chacun des enfants, qu'au niveau de la perception de l'enfant lui-même, grâce à la représentation graphique du dessin de la famille. Il s'agissait donc de vérifier si ces différences s'observaient tant pour un observateur externe qu'interne, c'est-à-dire respectivement l'enseignant et l'enfant-cible lui-même et ce, toujours en comparaison avec un groupe d'enfants non-maltraités. De plus, nous voulions par le fait même vérifier si l'épreuve expérimentale utilisée afin de recueillir la version de l'enseignant concordait au niveau des résultats avec la deuxième épreuve expérimentale de cette recherche, utilisée auprès de l'enfant : c'est-à-dire le *Test du dessin de la famille*. Cela signifie que notre objectif sous-jacent était d'observer ou non la validité de notre grille d'indices graphiques dans son habileté à faire ressortir les symptômes d'internalisation et d'externalisation chez les enfants maltraités, par rapport à un test dont la validité fut déjà vérifiée à ce sujet, à savoir le *TRF*. De plus, l'objectif de notre recherche ne s'arrêtait pas là : nous voulions également évaluer de façon exploratoire la perception que l'enseignant entretenait des comportements de l'enfant par rapport à celle des mères, toujours au niveau des deux mêmes variables, et en

utilisant la même épreuve, soit la *Liste de comportements pour enfants d'Achenbach*, adaptée à chaque répondant (parent-enseignant).

De manière plus spécifique, nos trois hypothèses mettaient en évidence : a) la possibilité de différences significatives entre les enfants maltraités et non maltraités, tant pour l'observateur externe qu'interne (l'enfant-cible lui-même); b) la validité du *Test du dessin de la famille* à mesurer les mêmes éléments observés dans le *TRF*; c) la possibilité que les mères d'enfants maltraités n'aient pas une perception moins similaire à celle de l'enseignant, comparativement à celle des mères du groupe contrôle.

En premier lieu et contrairement aux résultats mentionnées dans de nombreuses recherches dans le domaine, l'analyse de nos données laisse entrevoir que les enfants maltraités ne semblent pas présenter de différences significatives par rapport aux enfants du groupe de comparaison et que ces différences s'avèrent d'ailleurs non significatives tant pour l'observateur externe (l'enseignant : *TRF*), qu'interne (l'enfant-cible : *Test du dessin de la famille*). Les différences sont donc non significatives malgré le fait que les enfants maltraités présentent tout de même une moyenne plus élevée que les enfants du groupe de comparaison au niveau de l'internalisation et de l'externalisation et ce, à la fois dans le *TRF* et le dans *Test du dessin de la famille*. De nombreux articles de recherche soutiennent que la maltraitance engendre des répercussions importantes et à long terme auprès des enfants. Cependant, ce n'est pas ce que nous avons observé ici. En effet, les enfants maltraités ne se différencient pas significativement des enfants non maltraités. Ceci peut être attribuable au fait que les enfants et parents du groupe expérimental, donc maltraités, avaient reçu de l'aide relativement à leurs difficultés, il y

a de ça quelques années et avant leur évaluation. Ils avaient alors être recrutés par le GREDEF, par l'entremise du CEPEJ 04, dans le but de participer à un projet (Le Projet négligence) destiné à améliorer leurs attitudes et compétences parentales. De plus, une autre des faiblesses relatives à notre recherche se rapporte au fait qu'un petit nombre d'enfants maltraités faisaient partie de la même famille : ceci a pu vraisemblablement biaiser les résultats, car une même fratrie peut parfois présenter des difficultés similaires. Nous avons opté pour cette solution en raison des difficultés à recruter des enfants et des mères provenant de milieux maltraitants désirant participer à une recherche. Le faible nombre de nos sujets ($n = 30$ pour chaque groupe) peut enfin expliquer l'absence de différences, malgré le fait que les moyennes sont tout de même un peu plus élevées pour le groupe d'enfants maltraités.

Deuxièmement, en ce qui concerne notre seconde hypothèse, le *TRF* ne démontre pas de relation significative avec les résultats obtenus au *Test du dessin de la famille*. C'est-à-dire que les résultats pour les échelles d'externalisation et d'internalisation au sein du *TRF*, ne concordent pas avec les résultats obtenus dans le *Test du dessin de la famille*. Notre deuxième hypothèse se trouve ainsi infirmée. Nous constatons tout de même que le dessin de la famille demeure un outil fort intéressant, mais que les indices que nous avons retenus ne correspondent pas aux comportements relevés dans le *TRF*. Il ne faut pas oublier que les composantes relevées par l'expression graphique du vécu de l'enfant par rapport à sa famille, ne correspondent pas forcément à la perception que les enseignants ont des enfants. De plus, un biais peut être occasionné par le fait que nous avons dû faire une moyenne pour certains indices au niveau l'épreuve graphique.

En fait, le besoin est grand de bâtir des grilles universelles contenant des indices graphiques finement choisis, fidèles et solidement validés par différents auteurs chevronnés dans ce domaine. Cette recherche se veut instigatrice de nouvelles recherches dans le domaine dans un avenir futur. Certes, le *Test du dessin de la famille* peut mettre en lumière un grand nombre d'éléments relatifs au vécu de l'enfant, mais dans la présente recherche, les items graphiques choisis ne semblent pas mesurer les mêmes éléments. Si nous nous fions à cette dernière épreuve, très bien validée antérieurement par diverses recherches dans le domaine, nous constatons que le dessin de famille tend davantage à mettre en lumière les symptômes internalisés de l'enfant, alors que nous observons le phénomène contraire au point de vue du *TRF*. Peut-être est-ce les éléments graphiques choisis dans le cadre de cette recherche qui tendent à mesurer davantage les symptômes internalisés : ceci demeure à vérifier. Toutefois, notons que nous n'avons trouvé que très peu d'indices graphiques mesurant les comportements externalisés, ce pour quoi nous n'avons réussi qu'à bâtir deux grilles de sept items, comparativement aux quatre grilles concernant les symptômes internalisés. L'aspect des indices graphiques demeure vraisemblablement à approfondir, car cette recherche ne voulait nullement prétendre que les items choisis étaient nécessairement ceux qui étaient les plus adéquats. Certes, les items furent choisis avec minutie et approuvés par trois psychologues habiletés dans le domaine, tel qu'expliqué dans la méthodologie, mais ils n'ont pas la prétention d'être parfaits. Cet aspect demeure donc à explorer et il s'avère très important de s'y attarder puisqu'il existe toute une panoplie d'indices graphiques

pouvant mesurer des éléments similaires; il importe donc de sélectionner les plus adéquats selon les aspects à évaluer.

Cependant et fait à noter, la propre perception des enfants (*Test du dessin de la famille*) par rapport à celle des enseignants (*TRF*) présente un élément particulier et ce, malgré l'absence d'une relation significative. En effet, les enseignants rapportent davantage de comportements externalisés chez les enfants, tandis que ces derniers représentent graphiquement plus de comportements de l'ordre de l'internalisation. Ceci n'est guère étonnant lorsque nous considérons le fait que le dessin vise la découverte du vécu intérieur de l'enfant, alors que pour l'enseignant, les comportements externalisés sont davantage observables, dérangeants et donc, rapportés plus fréquemment par ces derniers. De plus, il s'avère parfois difficile pour les enseignants de connaître le vécu intérieur de l'enfant, surtout pour les enfants très introvertis. En fonction des résultats que nous avons obtenus, il apparaît important de considérer le fait que les deux outils expérimentaux, à savoir le dessin de famille (tel qu'utilisé dans cette recherche) et le *TRF*, ne mesurent possiblement pas les mêmes éléments, mais qu'ils pourraient toutefois être utilisés avantageusement en complément. De toute manière, aucun test, aussi valide et fidèle qu'il soit, ne devrait être utilisé seul afin d'émettre un diagnostic final et global de l'enfant.

Finalement, la troisième hypothèse concernant la perception des enseignants par rapport aux mères maltraitantes, s'est avérée confirmée. Nous observons donc des différences significatives entre les deux perceptions, tant pour l'externalisation que pour l'internalisation, alors que ce phénomène ne se manifeste pas de la même façon pour les

mères du groupe de comparaison. Nous observons alors une perception similaire au niveau de l'externalisation, et moindre au niveau de l'internalisation : les mères rapportent alors beaucoup plus de problèmes internalisés que les enseignants. Peut-être en raison du fait qu'elles sont plus à même de comprendre le vécu interne de leur enfant.

Le phénomène que nous observons peut s'expliquer en fonction du fait que les mères maltraitantes s'avèrent peut-être moins à l'écoute des difficultés de leurs enfants par rapport aux mères du groupe de comparaison, et donc moins à même de se représenter les problèmes de leur enfant, tant pour l'internalisation que pour l'externalisation. De plus, les mères des enfants maltraités tendent à rapporter davantage de comportements externalisés chez leur enfant : il s'agit donc des comportements qualifiés de dérangeants. Nos résultats confirment donc un biais plus important de la part des mères maltraitantes, comparativement à la perception, supposément objective de l'enseignant. En effet, l'enseignant est habituellement considéré comme un observateur externe relativement objectif, pouvant à la fois évaluer les symptômes d'internalisation et d'externalisation, dans la mesure où il côtoie l'enfant depuis une certaine période, comme il en fut le cas pour la présente recherche qui s'est tenue à la fin de l'année scolaire. De plus, l'enseignant peut comparer le comportement de chaque enfant à celui d'autres enfants du même groupe d'âge.

Cette hypothèse concernant la possibilité de biais perceptuel au sein des familles maltraitantes, avait d'ailleurs été explorée dans une recherche menée par Reid, Kavanagh et Baldwin (1987) et qui mentionnait des résultats similaires. De manière générale, ils ont en effet découvert que la perception de certains informateurs peut être

biaisée en raison de divers facteurs, que ce soit le stress, l'absence d'emploi, les conflits conjugaux ou un manque de compétences parentales. Ce sont tous des éléments se rapportant directement aux familles maltraitantes, et parfois même, aux familles dites «normales». Les auteurs ont également noté que des écarts importants entre les comportements réels de l'enfant observés en laboratoire, par rapport aux comportements perçus par les parents.

Des études en laboratoire ont d'ailleurs identifié les parents abusifs comme ayant des tendances à attribuer une intention malveillante aux comportements de leurs enfants (Bauer & Twentyman, 1985; Steele & Pollack, 1968). De façon spécifique et toujours selon ces mêmes auteurs, les mères maltraitantes tendraient à noter davantage de difficultés chez leur enfant, plus d'agressivité, plus d'hyperactivité et plus de problèmes de comportements, alors qu'au sein d'observations en laboratoire, l'enfant ne présente pas de différences significatives au point de vue comportemental par rapport à un enfant du groupe contrôle (Mash, Johnston, & Kovitz, 1983). Les parents d'enfants maltraités tendraient donc à surestimer la quantité de problèmes de comportements émis par leur enfant (Mash et *al.*, 1983). Ces résultats indiquent que quelques parents peuvent parfois être de mauvais informateurs concernant le comportement de leur enfant et que leur perception doit être évaluée et prise parfois avec un grain de sel. L'intervention axée sur le changement de perception du parent par rapport à son enfant demeure donc le premier pas à franchir avant de débiter un travail en profondeur sur les attitudes parentales.

Cependant, malgré des différences non significatives entre les deux groupes d'enfants, nous pouvons constater que les enfants maltraités continuent de présenter

quelques difficultés de l'ordre de l'internalisation et de l'externalisation, puisqu'ils affichent des moyennes plus élevées que les enfants du groupe de comparaison. Leurs difficultés s'avèrent toutefois moins intenses que ce à quoi nous nous attendions, car cela ne les différencie pas significativement des autres enfants qui n'ont pas connu de tels traumatismes. Un autre élément pouvant expliquer nos résultats non significatifs réside peut-être dans les faits que notre échantillon, quoique représentatif, n'était pas suffisamment volumineux. De plus, l'épreuve graphique du dessin de la famille demeure tout de même un outil diagnostique subjectif (quoique nous ayons essayé ici de l'objectiver), et peut-être du fait que les indices graphiques n'étaient pas adéquats en vertu de ce que nous désirions mesurer, nous n'avons pas obtenu de résultats différenciant les deux populations étudiées. Nous devons également considérer le fait que ce n'est peut-être pas la maltraitance qui engendre des problèmes internalisés ou externalisés, puisque tant les enfants du groupe de comparaison qu'expérimental présentent des caractéristiques similaires, dont, entre autres, le statut socio-économique de la famille se situant sous ou dans la classe moyenne. Ce domaine demeure donc à investiguer.

Conclusion

En résumé, nous ne pouvons conclure, par le biais des analyses effectuées dans cette recherche, que les enfants maltraités présentent des différences significatives permettant de les distinguer clairement des enfants non maltraités et ce, tant au niveau des symptômes internalisés qu'externalisés. Certes, ils affichent des moyennes à la hausse pour ces deux éléments, mais ces dernières ne sont pas suffisamment significativement différentes pour permettre de distinguer clairement les deux groupes d'enfants. Les objectifs secondaires étaient de découvrir si les enfants maltraités présentaient plus de problèmes internalisés et/ou externalisés, si le *Test du dessin de la famille* le démontrait bien, et si les mères maltraitantes présentaient une perception moins similaire à celle de l'enseignant au plan de la perception de leur enfant. La recherche de Reid, Kavanagh et Baldwin (1987) soutenait entre autres que les mères d'enfants maltraités entretenaient des biais par rapport à leur enfant et qu'elles seraient davantage prisonnières de leurs propres difficultés résultant d'un vécu familial fort pénible et tendraient ainsi à entretenir une perception moins objective (moins concordante avec l'enseignant) que les mères des enfants non maltraités. Malheureusement, nous avons seulement pu confirmer que les mères maltraitantes avaient des perceptions moins similaires à celles de l'enseignant, que les mères du groupe de comparaison, tandis que nos deux premières hypothèses furent infirmées.

Somme toute, les résultats de cette recherche démontrent tout de même qu'il s'avère important d'intervenir tôt et ce, tant auprès des parents que de l'enfant. L'importance

d'intervenir auprès de cette clientèle se reflète très clairement dans les résultats, puisque les enfants ayant déjà eu un signalement pour mauvais traitements au CEPEJ ne se distinguent pas significativement des autres enfants du groupe de comparaison, suite à l'intervention du GREDEF. Certes, nous ne disposons d'aucune preuve tangible permettant d'avancer que l'intervention du GREDEF a favorisé le rétablissement de ces enfants, mais nous pouvons considérer le fait que quelque chose est venu influencer positivement le développement de ces enfants. Donc, si nous considérons les recherches affirmant que les conséquences de la maltraitance sont observables et reconnaissables, il semble vraisemblable de penser que les traitements ont été efficaces puisque l'écart entre les difficultés présentées par les enfants des groupes expérimental et de comparaison n'est guère significatif.

De plus, il importe d'intervenir également auprès des parents maltraitants, particulièrement auprès des mères d'enfants maltraités. Nous devons travailler au niveau des perceptions qu'elles entretiennent de leurs enfants car si nous nous fions au jugement objectif des enseignants, la perception des mères serait significativement déformée au niveau des deux variables. Nous devons parvenir à concilier leur perception par le biais de diverses interventions et ce, afin de les amener à mieux comprendre le vécu de leur enfant et ainsi à se rapprocher de ce dernier.

Lors de recherches ultérieures, il importerait de miser sur l'importance de développer des indices graphiques qui mettraient en lumière tant les comportements externalisés qu'internalisés chez les enfants. Il serait également important d'approfondir les raisons qui amènent les mères maltraitantes à entretenir une perception erronée de leur enfant.

De plus, lors de recherches futures, il serait pertinent d'utiliser un échantillon plus grand, de même qu'un groupe expérimental n'ayant pas subi de traitement antérieurement, et d'obtenir également l'aide d'un plus grand nombre de psychologues expérimentés afin de valider les indices graphiques.

Cette recherche a permis de constater l'utilité d'utiliser plusieurs types de tests auprès d'enfants afin d'obtenir un diagnostic plus adéquat des difficultés de l'enfant. De plus, il importe de considérer que malgré ses qualités parfois subjectives, le *Test du dessin de la famille* s'avère toutefois pertinent auprès des enfants maltraités, pour qui la verbalisation de leurs difficultés représente un obstacle de taille : le dessin parle donc pour eux en nous transmettant un message particulièrement important.

Références

- Abe, K., & Masui, T. (1981). Age sex trends of phobic and anxiety symptoms in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 138, 297-302.
- Abraham, A. (1963). *Le test d'une personne*. Paris : Delachaux & Niestlé.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child*, 46(1), 82.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington : University of Vermont.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey : Elrbaum Associates.
- Alvim, F. (1962). Troubles de l'identification et image corporelle. *Revue française de psychanalyse*, numéro spécial.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Third Edition, Revised (DSM- IIIR)*. Washington : Masson.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995)*. Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- American Humane Association. (1984). *Highlights of official child abuse and neglect reporting-1982*. Denver, CO : Author.
- Balla, D., & Zigler, E. (1975). Preinstitutional social deprivation and responsiveness to social reinforcement in institutionalized retarded individuals : A six-year follow-up study. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 228-230.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., & Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medecine*, 50, 510-670.

- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding: three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment : An Ecological Integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.
- Belsky, J., Rovine, M., & Taylor, D. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development. Project III : The procons of individual differences in infant-mother attachment : Maternal and infant contributions. *Child Development*, 55, 718-728.
- Bender, L. (1953). *Aggression, hostility and anxiety in children*. Springfield, Illinois : Charles C. Thomas Publisher.
- Bender, L. (1957). *Un test visuo-moteur*. Paris : Presses universitaires de France.
- Benjamin, S., & Eminson, D. M. (1992). Abnormal illness behavior : childhood experiences and long term consequences. *International Review of Psychiatry*, 4, 55-70.
- Berg, I., & Mc Guire, R. (1971). Are school phobic adolescents overdependent? *British Journal of Psychiatry*, 119, 167-168.
- Biron, L., Gagnon, R., & Leblanc, M. (1980). *La délinquance des filles*. Université de Montréal, Groupe de recherche sur l'inadaptation juvénile.
- Biron, L., & Gauvreau, D. (1984). *La criminalité chez les jeunes*. Ottawa, Secrétariat d'État : Direction de l'analyse des tendances sociales.
- Blumberg, M.-L. (1974). Psychopathology of abusing parents. *American Journal of Psychotherapy*, 28(21), 21-29.
- Boisbourdain, M.-C. (1983). *Comment la violence vient aux enfants*. Collection L'École des parents. Tournai : Casterman.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups : Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 106-114.
- Boutonnier, J. F. (1959). La signification du complexe d'Oedipe. *Évolution psychiatrique*, 2, 197-202.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, (Vol. 1), *Attachment*. New York : Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, (Vol. 2), *Separation, anxiety and anger*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, (Vol. 3), *Loss, sadness and depression*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes to age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bretherton, I., & Waters, E. (1985). *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle de recherche "Processus-Personne-Contexte-Temps" dans la recherche en développement : principes, applications et implications. Dans R. Tessier et G.M. Tarabulsky (dir. de collection et de volume), *Collection d'Enfance, Vol.2. Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. Dans W. Kessen, (Éd.), *Handbook of Child Psychology : Vol. I. History, theory and methods* (pp.357-414). New York : Wiley.
- Buck, J. (1948). The H.T.P. technique : a qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology, monogr. suppl.*, 5, 1-118.
- Buck, J.N, & Hammer, E.F. (1969). *Advances in the House-Tree-Person technique : variations and applications*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Bugental, D. B., Mantaly, S. M., & Lewis, J. (1989). Parental attributions as moderators of affective communication to children at risk for physical abuse. Dans D. Cicchetti & V. Carlson (sous la direction de), *Child maltreatment : Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.*, (pp. 254-279). Cambridge : Cambridge University Press.
- Burgess, A. W., McCausland, M. P., & Wolbert, W. A. (1981). Children's drawings as indicators of sexual trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 19(2), 50-58.
- Burgess, R. L., & Conger, R. D. (1977). Family interaction patterns related to child abuse and neglect : some preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 1, 269-277.

- Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994, novembre/décembre). Somatization in Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1223-1235.
- Campo, J. J., Barrett, K. C., Lamb, M. E., Goldsmith, H. H., & Stenberg, C. (1983). Socioemotional development. Dans P. H. Mussen (dir.), *Handbook of Child Psychology*, 4^e édition, vo., II. New York : Basic Books.
- Carrier-Villeneuve, M. (1972). *Étude de certains facteurs expliquant le retard pédagogique à travers le dessin du MAC*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. (1997). *La violence et la négligence à l'égard des enfants*. [Brochure]. 10p.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. (1994). *Mauvais traitements et négligence envers les enfants : document de travail et aperçu des programmes mis en oeuvre dans le domaine*. [Brochure]. 32p.
- Chermet-Carroy, S. (1988). *Comprendre votre enfant par ses dessins*. Montréal : Éditions Libre Expression.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1991). *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction*. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology (Vol. 2). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, J. (1976). *The incidence of child abuse and neglect in the population at the Utah State University Industrial School*. Unpublished master's thesis, Utah : Utah State University.
- Cloutier, R. (1985, déc). L'expérience de l'enfant dans sa famille et son adaptation future. *Apprentissage et socialisation*, 8(4), 87-100.
- Cloutier, R., & Renaud, A. (1990). *La psychologie de l'enfant*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Conant, M. S. (1989). Toward the validation of the Kinetic Family Drawing. *Dissertation Abstracts International*, 50(2-B), 743.
- Corman, L. (1961). *Le test du dessin de famille*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Corman, L. (1964). *Le test du dessin de la famille dans la pratique médico-pédagogique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Corman, L. (1970). *Le test du dessin de la famille*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Craig, K. L., Drake, H., Mills, K., & Boardman, A. P. (1994). The South London somatisation study II : influence of stressful life events and secondary gain. *British Journal of Psychiatry*, 165, 248-258.
- Creighton, S. J. (1985). An epidemiological study of abuse children and their families in the United Kingdom between 1977 and 1982. *Child Abuse and Neglect*, 9, 441-448.
- Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 85-86.
- Crittenden, P.M. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families : the role of internal representation models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 183-199.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. G. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- Deal, J. E., Halverson, C. F., & Wampler, K. S. (1989). Parental agreement on child-rearing orientations : relations to parental, marital, family, and child characteristics. *Child Development*, 60, 1025-1034.
- Debienne, M.-C. (1968). *Le dessin chez l'enfant*. Paris : Presses universitaires de France.
- Defontaine, M.-C., & Osson, D. (1989). Dessiner sa douleur, une autre façon de dire des troubles somatomorphes. *Psychologie médicale*, 21(6), 657-659.
- Delameter, A. M., Rosenbloom, N., Conners, K., & Hertweck, L. (1983). The behavioral treatment of hysterical paralysis in a ten-year-old boy : a case study. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 1, 73-79.
- Deren, S. (1975). An empirical evaluation of the validity of the Draw-A-Family Test. *Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 542-546.
- Dodge Reyome, N. M. (1988). An investigation of the school performance of sexually abused and neglected children. *Dissertation Abstracts International*, 49(12), 5515.

- Dolto, F. (1961). Personnalité et image du corps. *La psychanalyse*, 6. Paris : Presses universitaires de France.
- Drotar, D., Malone, C., & Newak, M. (1985, avril). *Early Outcomes in Failure to Thrive : Correlates of Security Attachment*. Etude présentée à la réunion biennale de la Society for Research in Child Development, Toronto, Canada.
- Dufour, S., Tremblay, R. E., & Vitaro, F. (1994). La prédiction des problèmes de somatisation chez les filles pré-pubertaires. *Revue canadienne de psychiatrie*, 39, 384- 390.
- Edwards, P. W., Zeichner, A., Kuczmierczyk, A. R., & Boczkowski, J. (1985). Familial pain models : the relationship between family history of pain and current pain experience. *Pain*, 21, 379-384.
- Egeland, B., & Farber, E. A. (1984). Infant-mother attachment : Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55(3), 753-771.
- Egeland, B., & Sroufe, L.A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Directions in Child Development*, 11, 77-92.
- Egeland, B., Sroufe, L. A., & Erikson, M. F. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 7(4), 459-469.
- Eisenberg, L. (1958). A study in the communication of anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 114, 712-718.
- Emery, R. E., & O'Leary, K. D. (1982). Children's perceptions of marital discord and behavior problems of boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 11-24.
- Erikson, M. F., & Egeland, B. (1987). A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. *School Psychology Review*, 16(2), 156-168.
- Erikson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment of young children. Dans D.Cicchetti, & V. Carlson (Éds.), *Child's Maltreatment : Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York : Cambridge University Press.
- Éthier, L. S. (1985). *Questionnaire socio-démographique*. (Tech, Rep. No. 15). Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières, Groupe de recherche en développement de l'enfant.

- Éthier, L. S., & Piché, C. (1989). Facteurs multidimensionnels reliés au maltraitement des enfants en milieu familial. Dans *La violence et les jeunes : la comprendre, la contrer, ça vaut le coup!* Ed. CQEJ et le CSSMM.
- Éthier, L. S., Palacio-Quintin, E., & Jourdan-Ionescu, C. (1992a, juin). Abuse and neglect : two distincts forms of maltreatment. *Canada's Mental Health*, 40(2), 13-19.
- Éthier, L. S., Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Lacharité, C., Couture, G. (1991, décembre). *Évaluation multidimensionnelle des enfants victimes de négligence et de violence*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, L. S., Palacio-Quintin, E., Couture, G., Jourdan-Ionescu, C., & Lacharité, C. (1992b, juin). *Les enfants maltraités et leur famille : évaluation et intervention*. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Ethier, L. S., Palacio-Quintin, E., Couture, G., Jourdan-Ionescu, C. & Lacharité, C. (1993). *Évaluation psychosociale des mères négligentes*. Rapport présenté au Conseil de la santé et des services sociaux du centre du Québec (CRSSS 04), 47 p.
- Faull, C., & Nicol, A. R. (1986). Abdominal pain in six year olds : an epidemiological study in a new town. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 251-260.
- Fay, H. (1934). *L'intelligence et le caractère : leurs anomalies chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fitch, M. J., Cadol, R. V., Goldson, E., Wendell, T., Swartz, D. & Jackson, E. (1976). Cognitive development in abused and failure-to-thrive children. *Journal of Pediatric Psychology*, 1, 32.-37.
- Fontana, V. J., & Besharov, D. J. (1979). *The Maltreated Child*. Illinois : Charles C. Thomas.
- Fox, L., Long, S. H., & Langlois, A. (1988). Patterns of language comprehension deficit in abuse and neglected children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 239- 244.
- Fréchette, M., & Leblanc, M. (1987). *Délinquances et Délinquants*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

- Freud, S. (1962). The etiology of hysteria. Dans *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (pp.191-221). London : Hogarth Press.
- Friedrich, W. N., & Schafer, L. C. (1995). Somatic Symptoms in Sexually Abused Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(5), 661-670.
- Friedrich, W., & Boriskin, J. (1976). The role of the child in abuse : A review of the litterature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 580-590.
- Gaddini, R. (1984). On the origins of the battered child syndrome : Abuse as acting out of preverbal events. *Child Abuse and Neglect*, 8, 41-55.
- Gagnon, C. (1980). Comportements agressifs dès le début de la fréquentation scolaire. *Apprentissage et socialisation*, 6, 146-159.
- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse : The impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Development*, 47, 178-185.
- Garber, J., Walker, L. S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents : further validation of the children's somatization inventory. *Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 588-595.
- Garralda, M. E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 759-773.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 12-33.
- George, C., & Main, M. (1979). Social interactions of young abused children : Approach, avoidance and aggression. *Child Development*, 50, 306-318.
- Gerber, G. L. (1976). Conflicts in values and attitudes between parents of symptomatic and normal children. *Psychological Reports*, 38, 91-98.
- Gittelman-Klein, R., & Klein, D. F. (1980). School phobia : diagnostic considerations in the light of imipramine effects. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 156, 199-215.
- Gmelin, O. F. (1980). *Maman est un éléphant : l'univers symbolique du dessin d'enfant*. Paris : Mercure de France.

- Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawing*. Yonkers on Hudson : World book.
- Goodyer, I. M. (1981). Hysterical conversion reactions in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 698-703.
- Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1989, mai). Effects of marital discord on young children's peer interactions and health. *Developmental Psychology*, 25(3), 373-381.
- Goupil, G. (1990). *Élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Green, A. (1976). A psychodynamic approach to the study and treatment of child abusing parents. *Journal of Child Psychiatry*, 15, 414.
- Green, A. H., Voeller, K., Gaines, R., & Kubie, J. (1981). Neurological impairment in maltreated children. *Child Abuse and Neglect*, 5, 129-134.
- Grunau, R. V. E., Whitfield, M. F., Petrie, J. H., & Fryer, E. L. (1994, mar). Early Pain experience, child and family factors, as precursors of somatisation : a prospective study of extremely premature and full term children, *Pain*, 56(3), 353-359.
- Hackbarth, S. G., Murphy, H. D., & McQuary, J. P. (1991). Identifying sexually abused children by using kinetic family drawing. *Elementary School Guidance and Counseling*, 25(4), 255-260.
- Handfer, L., & Habenicht, D. (1994). The kinetic family drawing technique : A review of the literature. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 440-464.
- Harms, (n.d.). (1946). The psychology of formal creativeness : Six fundamental types of formal expression. *Journal of Genetic Psychology*, 69, 97-120.
- Harris, D. (1963). *Children's drawings as measures of intelligence maturity*. New York : Halcourt, Brace and World.
- Harris, D. B., & Roberts, J. (1972). *Intellectual maturity of children : Demographic and sociometric factors*. (DHEW, Vital and Health Statistics, Series 11, No. 116). Washington, DC : U.S. Government Printing Office.
- Hatfield, J. S., Ferguson, L. R., & Alpert, R. (1967). Mother-child interaction and the socialization process. *Child Development*, 38, 365-414.

- Helfer, R. E. (1975). The diagnostic process and treatment programs. National Center on Child Abuse and Neglect, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Publ. No. (OHD) 75-69, Washington, D.C. : Government Printing Office.
- Herrenkohl, E. C., & Herrenkohl, R. C. (1979). A comparison of abused children and their nonabused siblings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 260-269.
- Herrenkohl, R. C., & Herrenkohl, E. C. (1981). Some antecedents and developmental consequences of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 57-76.
- Herrenkohl, R. C., Herrenkohl, E. C., & Egolf, B. P. (1983). Circumstances Surrounding the Occurrence of Child Maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 424-431.
- Hersov, L.A. (1960). Persistent non-attendance at school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 130-136.
- Hetherington, E. M., & Martin, B. (1986). Family factors and psychopathology in children. Dans H. C. Quay & J. S. Werry (Éds.), *Psychopathological disorders of childhood*, (3^e éd.) (pp.332-390). New York : Wiley.
- Hibbard, R. A., Roghmann, K., & Hoekelman, R. A. (1987). Genitalia in children's drawings : An association with sexual abuse. *Pediatrics*, 79, 129-137.
- Hjorth, C. W., & Harway, M. (1981). The body-image of physically abused and normal adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 863-866.
- Hodges, K., Kline, J. J., Barbero, G., & Woodruff, C. (1985). Anxiety in children with recurrent abdominal pain and their parents. *Psychosomatics*, 26, 859-866.
- Hoffman-Plotkin, D., & Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55, 794-802.
- Hôpital Rivières-des-Prairies. (1987). *La dépression chez l'enfant : un entretien avec le professeur Michel Dugas*. Document audio-visuel d'information du Centre de communication en santé mentale. Produit par CECOM et l'Université de Montréal. 25 minutes.
- Howe, J. W., Burgess, A. W., & McCormack, A. (1987). Adolescent runaways and their drawings. *Arts and Psychotherapy*, 14, 35-40.

- Howes, C., & Eldredge, R. (1985). Responses of abused, neglected and non-maltreated children to the behaviors of their peers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 6, 261-270.
- Howes, C., & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationship with peers. *Child Abuse and Neglect*, 9, 397-404.
- Hunter, R. S., Kilstrom, N., & Loda, F. (1985). Sexually abused children : identifying masked presentations in a medical setting. *Child Abuse and Neglect*, 9, 17-25.
- Husain, S. A., & Kashani, J. H. (1992). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Washington DC : American Psychiatric Press Inc.
- Jalenques, I, Lachal, C, & Coudert, A.-J. (1992). *Les états anxieux de l'enfant*. Paris : Masson.
- Jourdan-Ionescu, C., & Palacio-Quintin, E. (1997). Effets de la maltraitance sur les jeunes enfants et nouvelles perspectives d'intervention. *Psychologie française*, 42(3), 217-228.
- Jourdan-Ionescu, C., & Lachance, J. (1997). *Le dessin de la famille*. Paris: Établissements d'applications psychotechniques.
- Kaplan, B. J. (1991). Graphic indicators of sexual abuse in drawings of sexually abused and severely emotionally disturbed children and non disturbed children (child sexual abuse). *Dissertation Abstracts International*, 52(2B), 1065.
- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment on school-aged children's socioemotional development : Assessments in a day camp setting. *Developmental Psychology*, 25, 516-524.
- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 257-265.
- Kazdin, A. E., Moser, J., Colbus, D., & Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 94(3), 298-307.
- Kelley, S. J. (1984). The use of art therapy with sexually abused children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 22(12), 12-18.

- Kelley, S. J. (1985). Drawings : Critical communications for sexually abused children. *Pediatric Nursing*, 11(6), 421-426.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Kempe, R., & Kempe, C. H. (1978). *Child Abuse*. London : Lontana/Open Books.
- Kendall, P. C., Stark, K. D., & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 255-270.
- Kim-Chi, N. (1989) *La personnalité et l'épreuve de dessin multiple*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kinard, E. M. (1979). The psychological consequences of abuse for the child. *Journal of Social Issues*, 3(2), 82-100.
- Kinard, E. M. (1980). Emotional development in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 686-696.
- Klein, R.G., & Last, C. G. (1989). *Anxiety Disorders in Children*. California : SAGE Publications Inc.
- Kleven, J. L., & Dejong, A. R. (1990). Urinary tract symptoms and urinary tract infection following sexual abuse. *American Journal of Diseases of Children*, 144, 242-244.
- Klonoff, E. A., & Moore, D. J. (1986). "Conversion reactions" in adolescents : a biofeedback-based operant approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 179-184.
- Knoff, H. M., & Prout, H. T. (1985). The Kinetic Drawing System : A review and integration of the kinetic family and school drawing techniques. *Psychology in the School*, 22(1), 50-59.
- Koch, K. (1959). *Le test de l'arbre; le diagnostic psychologique par le dessin de l'arbre*. Lyon : Vitte.
- Kohler, C., & Bernard, F. (1970). *Les états dépressifs chez l'enfant*. Bruxelles : Charles Dessart Éditeur.
- Koppitz, E. M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York : Grune and Stratton.

- Kovacs, M. (1985, juin). The natural history and course of depressive disorders in childhood. *Psychiatric Annals*, 15(6), 387-389.
- Kronenberger, W. G., Laite, G., & Laclave, L. (1995). Self-Esteem and Depressive Symptomatology in Children With Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 36(6), 564-569.
- L'Abbé, Y. (1995). *La violence chez les jeunes : compréhension et intervention*. Montréal : Éditions Sciences et Culture Inc.
- Lacharité, C. (1992). Contribution des mères maltraitantes à l'évaluation de leur enfant. Dans G. Pronovost (sous la direction de), *Comprendre la famille. Actes du 1^{er} symposium québécois de recherche sur la famille*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lafond, N. (1997). *La situation scolaire des enfants négligés*. Mémoire de maîtrise présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lamb, M. (1978). Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal, and infancy periods. Dans R. Lerner & G. Spanier (Éds.), *Child influences on marital and family interaction : A life-span perspective*. New York : Academic Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lask, B., & Fossom, A. (1989). *Childhood illness : The psychosomatic approach*. Chichester : Wiley.
- Leblanc, M. (1968). *La délinquance juvénile à Montréal : 1960-66*. Université de Montréal, Département de criminologie.
- Leblanc, M. (1977). *La délinquance juvénile au Québec*. Éditeur officiel du Québec : Ministère des Affaires sociales.
- Leblanc, M. (1996). Délinquance : Est-il toujours trop tard? *Revue Notre-Dame*, 7, 1-13.
- Leblanc, M., & Lemay, M. (1996). Délinquance : Est-il toujours trop tard? *Revue Notre-Dame*, 7, 14-32.
- Lefkowitz, M. M. (1977). *Growing up to be violent*. Dans M. M., Lefkowitz, L. D., Eron, L. O., Walder, L. R., Huesmann. New York : Pergamon Press Inc.

- Levy, D. M. (1943). *Maternal overprotection*. New York : Columbia University Press.
- Lieberman, F. R., & Baer (1992). Validity of the Kinetic Family Drawings as a measurement of the perception of family relationships and family dynamics (parental care). *Dissertation Abstracts*, 53(6-B), 384.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatisation : the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Livingston, R., Taylor, J. L., & Crawford, S. L. (1988). A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 185-187.
- Loeb, R. C., Horst, L., & Horton, P. J. (1980). Family interaction patterns associated with self-esteem in preadolescent girls and boys. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 205-217.
- Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early Predictor of Male Delinquency : A Review. *Psychological Bulletin*, 94(1), 68-99.
- Looft, D. H. (1970). Psychophysiologic and conversion reactions in children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 318-331.
- Lott, S. C. 1989. *Emotional indicators and drawings of preschool aged children*. Paper presented at NCCAN's Child Abuse Conference, Salt Lake City, Utah.
- Luquet, G. (1912). Le premier âge du dessin enfantin. *Archives de psychologie*, 12(14), (n.d.).
- Lynch, M., & Roberts, J. (1982). *Consequences of Child Abuse*. London : Academic Press.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family : parent-child interaction. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology*, 4th Edition, Vol. 4, New York : John Wiley & Sons Ltd.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure: a method of personality investigation*. Springfield : Charles Thomas.
- Maloney, M. J. (1980). Diagnosing hysterical conversion reactions in children. *Journal of Pediatrics*, 97, 1016-1020.
- Mansieux, M., & Straus, P. (1986). Les enfants maltraités. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2, 1-10.

- Marcelli, D. (1993). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123(2), 218-221.
- Martin, B. (1975). Parent-child relations. Dans F. Horowitz (Éd.), *Review of child development research* (pp.463-540). Chicago : University of Chicago Press.
- Martin, H. P., & Beezley, P. (1977). Behavioral observations of abused children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 373-387.
- Martin, H. P., Beezley, P., Conway, E. F., & Kempe, C. H. (1974). The development of abused children. Dans I. Schulman (Éd.), *Advances in pediatrics* (vol.21), (pp.25-73). Chicago : Year Book.
- Mash, E. J., Johnston, C., & Kovitz, K. (1983). A comparison of the mother-child interactions of physically abused and nonabused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 337-346.
- Maubourguet, P. (1991). Le Petit Larousse Illustré 1992 : ouvrage collectif. Paris: Librairie Larousse.
- McCord, W., McCord, J., & Howard, A. (1961). Familial correlates of aggression in nondelinquent male children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 79-93.
- McEachern, L. V. (1974). An investigation of the relationships between self-esteem, the power motives and democratic, authoritarian, or "laissez-faire" home atmosphere. *Dissertation Abstracts*, 34, 572.
- McKnew Jr., D. H., Cytryn, L. & Yahraes, H. (1983). *Pourquoi ne pleures-tu pas ?* Montréal : Agence de distribution populaire Inc.
- McLaren, J. (1989, septembre). Les problèmes des enfants victimes de mauvais traitements et de négligence. *Santé mentale au Canada*, 37(3), 1-6.
- Mednick, S. A. (1970). Breakdown in individuals at high risk for schizophrenia : Possible predispositional prenatal factors. *Mental Hygiene*, 54, 50-63.
- Minuchin, S., Baker, I. M., Rosman, B. L., et al (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.

- Mitchell, S., & Rosa, P. (1981). Boyhood Behavior Problems as Precursors of Criminality : A Fifteen Year Follow-up. *Journal of Child Psychology*, 22, 19-23.
- Mizes, J. S. (1985). The use of contingent reinforcement in the treatment of a conversion disorder : a multiple baseline study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 341-345.
- Monroe, S. M., & Wade, S. L. (1988). Life Events. Dans C. G. Last & M. Hersen (Éds.), *Handbook of anxiety disorders*. New York : Pergamon.
- Morash, M., & Rucker, L. (1989, jan). An exploratory study of the connection of mother's age at child bearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 35(1), 45-03.
- Morgenstern, S. (1937). *La psychanalyse infantile*. Paris : Denoel.
- Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 239-241.
- Morval, M. (1974). A propos de l'interprétation du dessin de famille. *Revue de Psychologie et des Sciences de l'Éducation*, 9(4), 457-473.
- Morval, M., & Laroche, J.-L. (1976). Constance du dessin de famille. *Revue de Psychologie Appliquée*, 26(2), 475-481.
- Mullins, L. L., & Olson, R. A. (1990). Familial factors in the etiology, maintenance, and treatment of somatoform disorders in children. *Family Systems Medicine*, 8, 159-175.
- Mulvihill, D. J., & Tumin, M. M. (1969). *Crimes of violence, Vol. 12..* Staff Report to the National Commission on the causes and Prevention of Violence. Washington, D. C. : Governmenet Printing Office.
- Murray, J., & Whittenberger, D. (1983). *The Aggressive, Severely Behavior Disordered Child. Volume 16(2)* February, 76-80.
- O'Brien, R. P., & Patton, W. F. (1974). Development of an objective scoring method for the Kinetic Family Drawings (KFD). *Journal of Personality Assessment*, 38(2), 156-164.
- O'Leary, K. D., & Emery, R. E. (1984). Marital discord and child behavior problems. Dans M.D. Levine, & P. Staz (Eds.), *Developmental variations and dysfunctions*, (pp.91-122). New York : Academic Press.

- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., Byles, J. A., Crawford, J. W., Munroe, B. H., Byrne, C., Thomas, H., & Woodward, C. A. (1987). Ontario child health study II. Six-month prevalence of disorder and rates of services utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 833-836.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescents – A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- Oster, J. (1972). Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatrics*, 50, 429-436.
- Palacio-Quintin, E., & Jourdan-Ionescu, C. (1994). Les effets de la négligence et de la violence sur le développement des jeunes enfant, *P.R.I.S.M.E.*, 4(1), 145-156.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR : Castalia Press.
- Patterson, G. R. (1983). Stress : A change agent for family process. Dans N. Garmezy & M. Rutter (Éds.), *Stress, coping, and development in children*, (pp.235-264). New York : McGraw-Hill.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R., & Conger, R.E. (1975). *A Social Learning Approach to Family Intervention*. Eugene : Castalia Publishing Company.
- Pelsser, R. (1989). *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Porot, M. (1952). Le dessin de la famille : Exploration par les dessin de la situation affective de l'enfant dans la famille. *Pédiatrie*, 3, 7, 359-381.
- Porot, M. (1965). Le dessin de la famille. *Revue de Psychologie Appliquée*, 15(3), 179-192.
- Porter, B., & O'Leary, K. D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 287-295.
- Powell, L., & Faherty, S. L. (1990). Treating sexually abused latency in children's art products. *The School Counselor*, 17, 35-47.
- Prino, C. T., & Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse and Neglect*, 18(10), 871-884.

- Provost, M. A. (1990). *Le développement social des enfants : perspectives méthodologiques, théoriques et critiques*. Montréal : Éditions Agence D'Arc inc.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L. L., & Chambers, W. (1978). Prepubertal major depressive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 695-707.
- Pulkkinen, L. (1982). Self-control and continuity from childhood to late adolescence. Dans P. B. Baltes & O. G. Puyuelo, R. (1990), *L'anxiété de l'enfant ou le bonheur difficile*. Toulouse : Privat.
- Radke-Yarrow, M., Richters, J., & Wilson, W. E. (1988). Child development in a network of relationships. Dans R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Éds.), *Relationships within families : Mutual influences*, (pp.48-67). Oxford : Clarendon Press.
- Rauste-Von Wright, M., & Von Wright, J. (1981). A longitudinal study of psychosomatic symptoms in healthy 11-28 year old girls and boys. *Journal of psychosomatic Research*, 25(6), 525-534.
- Raven, J. C. (1965). *Guide to using the Coloured Progressive Matrices*. London : Lewis.
- Raven, J. C. (1977). *Coloured progressives matrices*. London : H.K. Lewis.
- Reeves, J. C., Werry, J. S., Eklind, G. S., & Zamekin, A. (1987). Attention deficit conduct, oppositional and anxiety disorders in children : II Clinical characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 144-145.
- Reid, J. B. (1986). Social-interactional patterns in families of abused and non-abused children. Dans C.M. Zahn-Waxler, E. M. Cummings, R. Iannotti (Éds.) : *Altruism and aggression : biological and social origins*, (pp.238-255). NewYork : Cambridge University Press.
- Reid, J. B., Kavanagh, K., & Baldwin, D. V. (1987). Abusive Parent's Perceptions of Child Problem Behaviors: An Exemple of Parental Bias. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(3), 457-466.
- Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangeksdorf, S., & Sroufe, L. A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school, *Journal of Personality*, 57, 257-81.
- Rideau, A. (1971). *400 difficultés et problèmes chez l'enfant*. Centre d'Étude et de Promotion de la Lecture, Paris. Une édition spéciale Paris : Robert Laffont Canada Ltée.

- Rimsza, M. E., Berg, R. A., & Locke, C. (1988). Sexual abuse : somatic and emotional reactions. *Child Abuse and Neglect*, 12, 201-208.
- Robinson, J. O., Alvarez, J. H., & Dodge, J. A. (1990). Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 171-181.
- Rodgers, P. (1992). *A correlation developmental study of sexual symbols, actions, and themes in children's Kinetic Family and Human Figure Drawings*. Thèse de doctorat inédite : Université Andrews.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., & Mt. Hope Family Center. (1994). Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development*, 3(3), 291-308.
- Rosenberg, M. S., & Reppucci, N. D. (1983). Abusive mother's perception of their own and their children's behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 674-682.
- Royer, J. (1995). Théories et pratiques psychologiques concernant le dessin d'enfant. *Psychologie et Psychométrie*, 16(4), 79-97.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (1993). *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood : developmental pathways to peer rejection. Dans S. R. Asher & J. D. Coie (Éds), *Peer Rejection in Childhood*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Salzinger, S., Kaplan, S., Pelcovitz, D., Samit, C., & Krieger, R. (1984). Parent and teacher assessment of children's behavior in child maltreatment families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 458-464.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems : contexts and evolution. Dans P. H. Mussen (dir.), *Handbook of child psychology* (Vol.1), (4^e éd.). New York : John Wiley and Sons Ltd.
- Sandgrund, A., Gaines, R., & Green, A. H. (1974). Child abuse and mental retardation : A problem of cause and effect. *American Journal of Mental Deficiency*, 79, 327-330.

- Sellin, T. (1938). *Culture Conflict and Crime*. New York : Social Science Research Council.
- Smith, P. K., & Green, M. (1975). Aggressive Behavior in English Nurseries and Play Groups : Sex Differences and Response of Adults. *Child Development*, 46, 211-214.
- Smith, S. M., & Hanson, R. (1975). Interpersonal relationships and childrearing practices in 214 parents of battered children. *British Journal of Psychiatry*, 127, 513-525.
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti. D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants : Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, 55, 648-658.
- Soes, B. (1984). On "Kinetic Family Drawing" : Its use, limitations, and possibilities. *Skolepsykologi*, 21(5-6), 450-465.
- Spinetta, J., & Rigler, D. (1972). The child-abusing parent : A psychological review. *Psychological Bulletin*, 77, 296-304.
- Spitz, R. A. (1963). La première année de la vie de l'enfant (Génèse des premières relations objectales). Paris: Presses Universitaires de France.
- Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool : The roots of maladaptation and competence. Dans M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology*, (pp.41-83). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Sroufe, L. A., Fox, N., & Pancake, V. (1983). Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development*, 54, 1615-1627.
- Sroufe, L. A., Waters, E., & Matas, L. (1974). Contextual determinants of infant affective response. Dans M. Lewis & L. Rosenblum (sous la direction de), *The Origins of Fear*. New York : Wiley.
- Stark, K. D. (1990). *Childhood depression : school-based intervention*. New York : The Guilford Press.
- Steele, B. F., & Pollock, C. B. (1968). A psychiatric study of parent who abuse infants and small children. Dans R. Helfer & C. H. Kempe (Éds.), *The battered child*. Chicago : University of Chicago Press.

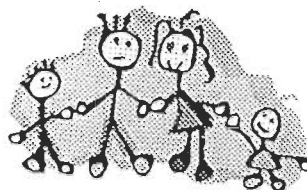
- Stone, R.T., & Barbero, G. J. (1970). Recurrent abdominal pain in childhood. *Pediatrics*, 45, 732-738.
- Stora, R. (1955 nov-déc). Étude de personnalité et de psychologie différentielle à l'aide du test d'arbres. *Enfance*, 8, 485-508.
- Stora, R. (1963). Étude historique sur le dessin comme moyen d'investigation psychologique. *Bulletin de psychologie*, 227(17), 267-307.
- Strauss, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors : Violence in the American family*. Garden City, NY : Doubleday/Anchor.
- Sully, J. (1898). *Studies of children*. Londres : (n.d.).
- Tap, P., & Malewska-Peyre, H. (1993). *Marginalités et troubles de la socialisation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Tessier, R., Tarabulsy, G. M., & Provost, M. A. (1996). *Les relations sociales entre les enfants*. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Thomas, D. L., Gecas, V., Weigert, A., & Rooney, E. (1974). *Family socialization and the adolescent*. Lexington : Heath.
- Thomasgard, M. (1998, été). Parental Perceptions of Child Vulnerability, Overprotection, and Parental Psychological Characteristics. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(4), 223-240.
- Thomazi, J. (1964). *Le bonhomme et l'enfant..* Angoulême : Coquemard.
- Tremblay, R.E. (1991). *Les enfants agressifs*. Montréal : Agence d'rc.
- Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987). Victimization among preschoolers : rôle of attachment relationship history, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 166-172.
- Vitaro, F. (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Wahler, R. G., & Dumas, J. E. (1987). Family factors in childhood psychology; toward a coercion-neglect model. Dans T. Jacob (Éd.), *Family interaction and psychopathology; theories, methods, and findings*, (pp.581-627). New York : Plenum.

- Walker, L. S., & Greene, J. W. (1987). Negative life events, psychosocial resources, and psychophysiological symptoms in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 29-36.
- Walker, L. S., & Greene, J. W. (1991). Negative life events and symptom resolution in pediatric abdominal pain patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 341-360.
- Walker, L. S., McLaughlin, F. J. & Greene, J. W. (1988). Functional illness and family functioning : a comparison of healthy and somaticizing adolescents. *Family Process*, 27, 317-325.
- Wallon, P., Cambier, A., Engelhart, D. (1990). *Le dessin de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1985). Reassurance. *British Medical Journal*, 290, 1028.
- Wasserman, A. L., Whittington, P. F. & Rivara, F. (1988). Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 179-184.
- Wilson, D., & Ratekin, C. (1990). An introduction for using children's drawings as an assessment tool. *Nurse Practitioner*, 15(3), 23-25.
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot.
- Wohl, A., & Kaufman, B. (1985). *Silents screams and hidden cries : An interpretation of artwork by children from violent homes*. New York : Brunner/Mazel.
- Wooley, S. C., Blackwell, B., & Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behavior : theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine*, 40, 379-401.
- Zigler, E., & Balla, D. (1982). Atypical developement : Personnality determinants in the behavior of the retarded. In E. Zigler, M. Lamb, & I. Child (Eds.), *Socialization and personnality developement*. New York : Oxford University Press (pp.238-245).

Appendice A

Lettre visant à inviter les parents à participer à cette recherche

Trois-Rivières, le 6 avril 1998



Attention de: Directrice de l'École Lorenzo-Gauthier
 Directeur de l'École St-Pierre
 Directeur de l'École Marie-Charlotte

Madame, Monsieur,
 Bonjour!

Je m'appelle Danielle et je suis étudiante à la maîtrise en psychologie de l'enfant à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans le cadre de ma formation, je dois mener une recherche portant sur le développement de l'enfant. J'ai choisi de me concentrer sur les manifestations comportementales que peuvent présenter les enfants âgés entre 6 et 11 ans. En effet, certains enfants manifestent un style plus introverti, d'autres ont recours à l'extraversion pour exprimer leurs émotions. En fait, la façon dont votre enfant se conduit, que ce soit par des comportements agressifs ou une tendance au retrait, reflète les émotions qui l'habitent. J'ai donc choisi d'approfondir ces manifestations comportementales dans le cadre de mon étude, en prenant en considération la perception qu'a l'enseignant de ces comportements, la perception maternelle, de même que ce l'enfant exprime par rapport à lui-même.

Je vous écris aujourd'hui car j'aimerais vous inviter à participer à cette recherche afin de m'aider à constituer un groupe se composant de 40 enfants, tant de sexe féminin que de sexe masculin. La directrice de votre école est en accord avec mon projet, ainsi que les procédures qui y sont reliées. Si vous acceptez de participer à la recherche, je rencontrerai alors votre enfant à une reprise à l'École Lorenzo-Gauthier dans le but de lui demander d'exécuter un dessin. Le tout aura une durée d'environ 15 minutes et s'effectuera pendant les heures scolaires.

La deuxième étape de cette recherche s'effectuera avec les mères de chacun des enfants sélectionnés. En effet, les mères devront remplir un questionnaire relativement court (choix de réponses) concernant leur perception de leur enfant au niveau de leurs conduites d'introversion et d'extraversion. L'enseignant(e) sera également amené(e) à remplir un questionnaire. Soyez assurés de la confidentialité des résultats que vous me fournirez et que ceux-ci vous seront accessibles en tout temps. Je m'engage même à vous rencontrer personnellement si vous désirez obtenir les résultats de votre enfant aux divers tests. Vous n'aurez qu'à communiquer avec moi, si tel est le cas. Vous saurez ainsi quel style de manifestations comportementales votre enfant privilégie et s'il présente certaines difficultés dans un domaine particulier au plan affectif. L'expérimentation aura lieu entre les mois de mai et de juin, tant pour les enfants que les mères. C'est pourquoi, je vous demande de me faire parvenir votre réponse dans l'enveloppe ci-jointe le plus rapidement possible, et ce avant le 8 avril 1998. Si le formulaire m'est retourné après cette date, je serai dans l'obligation de refuser votre candidature.

Votre aide me serait fort précieuse. Nous avons besoin de recherches pour faire avancer la science, les connaissances et les méthodes d'intervention dans le domaine de la psychologie infantile. Votre participation compte pour beaucoup.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à communiquer avec moi.
 Au plaisir de vous rencontrer!

Danielle Brûlé
 (450) 756-4917

Appendice B

Formulaire de renseignements personnels complétés par les parents

A RETOURNER AVANT LE 17 AVRIL 1998

DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE

1. Nom et prénom de l'enfant : _____ Âge : _____ ans _____ mois

2. Sexe de l'enfant : _____ féminin _____ masculin Date de naissance : _____

3. Nous acceptons que notre enfant participe à cette recherche, et ce en étant assurés que les noms et résultats demeureront confidentiels et serviront uniquement aux fins de la présente étude.

☐ Oui.

☐ Non. Nous refusons que notre enfant participe à cette recherche.

4. Noms des parents de l'enfant : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

5. Nom et prénom de l'enseignant(e) de l'enfant : _____

6. Situation des parents :

☐ mariés/conjoints de fait : depuis quand _____

☐ veuf(veuve)

☐ célibataire

☐ autre : _____

☐ séparé(e)/divorcé(e). Si oui, la mère a-t-elle la garde de l'enfant? _____

7. Votre enfant a-t-il des frères et/ou sœurs? Si oui, combien? _____

8. Quel est le revenu familial actuel, en prenant en considération l'ensemble des sources de revenu pour les deux conjoints?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> moins de 10 000\$ | <input type="checkbox"/> 35 000\$ à 40 000\$ |
| <input type="checkbox"/> 10 000\$ à 15 000\$ | <input type="checkbox"/> 40 000\$ à 45 000\$ |
| <input type="checkbox"/> 15 000\$ à 20 000\$ | <input type="checkbox"/> 45 000\$ à 50 000\$ |
| <input type="checkbox"/> 20 000\$ à 25 000\$ | <input type="checkbox"/> 50 000\$ à 55 000\$ |
| <input type="checkbox"/> 25 000\$ à 30 000\$ | <input type="checkbox"/> 55 000\$ et plus |
| <input type="checkbox"/> 30 000\$ à 35 000\$ | |

9. Questionnaire rempli par : _____

Appendice C

Les grilles d'indices graphiques pour la cotation du *Test du dessin de la famille*

Numéro de l'enfant : _____

Sexe : _____

COTATION POUR CHAQUE ÉCHELLE : 6-7 tendance élevée ; 4-5 moyenne ; 1-3 légère

Total échelle d'internalisation : _____

Total échelle d'externalisation : _____

Critères graphiques opérationnels pour la somatisation

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Tête large : tronc/tête ≤ 2.4 cm
(Hammer-Levy ; Jolles ; Lachance ; Lemaire ; Machover) | OUI | NON |
| 2. Emphase sur la bouche : si différente, spéciale
(Bossé ; Lachance ; Lemaire ; Machover ; Modell & Potter) | OUI | NON |
| 3. Bouche ouverte : au moins 2 traits et espace entre les lèvres ; dents absentes
(Bossé ; Gurvitz ; Lachance ; Lemaire ; Modell & Potter) | OUI | NON |
| 4. Bouche omise
(Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire ; Machover ; Modell & Potter ; Royer ; Urban) | OUI | NON |
| 5. Jointures en emphase : articulations soulignées ou bosses
(Bossé ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire ; Machover ; Urban ; Wildman) | OUI | NON |
| 6. Boutons au milieu du tronc ou plus bas que la ceinture
(Bossé ; Hammer-Levy ; Lachance ; Lemaire ; Machover) | OUI | NON |
| 7. Narines dessinées et accentuées : points ou dessinées clairement
(Bossé ; Burns & Kaufman ; Goldstein & Rawn ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire ; Machover ; Modell & Potter) | OUI | NON |

TOTAL ÉCHELLE SOMATISATION SUR 7 =

Critères graphiques opérationnels pour la dépression

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Bras omis sur au moins deux personnages
(Bossé ; Hammer ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Machover) | OUI | NON |
| 2. Lignes très faibles : traits disparaissant sur photocopie
(Bossé ; Hammer ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 3. Expression triste du visage : larmes ou bouche tournée vers le bas
(Bossé ; Chermet-Carroy ; Lemaire ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Machover ; Urban) | OUI | NON |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 4. Jambes frêles : longueur jambe (pied à fourche)/largeur aux genoux ≥ 0.33
(Chermet-Carroy ; Kim-Chi ; Lachance ; Lemaire) | OUI | NON |
| 5. Dessin très petit, prenant moins du tiers de la page
(Bossé ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Kim-Chi ; Lemaire ;
Machover ; Royer ; Urban) | OUI | NON |
| 6. Épaules absentes ou tombantes sur au moins deux personnages
(Chermet-Carroy ; Hammer ; Lachance ; Lemaire) | OUI | NON |
| 7. Environnement triste : pluie, orage, nuage
(Anderson ; Bossé ; Lachance ; Lemaire ; Machover ; Royer) | OUI | NON |

TOTAL ÉCHELLE DÉPRESSION SUR 7 =

Critères graphiques opérationnels pour l'anxiété

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Yeux larges : yeux/tête ≥ 0.20 du visage
(Bossé ; Lachance ; Lemaire ; Machover ; Royer) | OUI | NON |
| 2. Ratures ou petits traits sur au moins 2 personnages
(Attwickelkisch ; Bossé ; Buck ; Hammer ; Lachance ; Lemaire ;
Machover ; Wehner) | OUI | NON |
| 3. Ombrage : à l'exception des cheveux
(Anderson ; Bossé ; Hammer ; Jourdan-Ionescu & Lachance ;
Lachance ; Lemaire ; Levy ; Machover ; Royer) | OUI | NON |
| 4. Personnages dans la moitié gauche de la page : tous les personnages
(Bossé ; Lachance ; Machover ; Urban) | OUI | NON |
| 5. Bouche serrée, linéaire : trait, sans sourire ni lèvre
(Bossé ; Chermet-Carroy ; Lachance ; Lemaire ; Royer) | OUI | NON |
| 6. Jambes serrées dans une attitude rigide
(Bossé ; Kim-Chi ; Lachance ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 7. Accentuation des contours du visage, des yeux, de la bouche :
traits plus foncés ou travaillés qui attirent l'attention
(Bossé ; Buck ; Chermet-Carroy ; Hammer ; Lemaire ; Royer) | OUI | NON |

TOTAL ÉCHELLE ANXIÉTÉ SUR 7 =

Critères graphiques opérationnels pour le retrait

1. Bouche creuse : rond ou demi-rond (Bossé ; Gurvitz ; Lachance ; Lemaire ; Levy ; Machover ; Modell & Potter ; Urban)	OUI	NON
2. Yeux petits ou fermés ou cachés ou creux : longueur ou largeur de l'œil/tête ≤ 0.05 (Bossé ; Jolles ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire ; Machover ; Royer ; Urban)	OUI	NON
3. Bras raides sur au moins 2 personnages : ne plient pas au coude (Bossé ; Buck ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire ; Machover)	OUI	NON
4. Personnage de profil (Bossé ; Lachance ; Lemaire ; Machover ; Royer ; Urban)	OUI	NON
5. Dessin minuscule : moins que le 1/6 de la page (Alschuler & Hattwick ; Bossé ; Buck ; Hammer ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Koppitz ; Lemaire)	OUI	NON
6. Visage effacé, pâle (Bossé ; Burns & Kaufman ; Hammer-Levy ; Lachance ; Lemaire ; Levy ; Machover)	OUI	NON
7. Lignes fines sur au moins 2 personnages (Bossé ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Koppitz ; Lemaire)	OUI	NON

TOTAL ÉCHELLE RETRAIT SUR 7 =

TOTAL ÉCHELLE INTERNALISATION : /28

Critères graphiques opérationnels pour l'agressivité

1. Absence d'une main sur au moins un personnage (Bossé ; Jolles ; Lachance ; Lemaire ; Machover ; Urban)	OUI	NON
2. Bouche dessinée en un seul trait droit (Goldstein & Rawn ; Lachance ; Lemaire ; Levy ; Machover ; Urban)	OUI	NON
3. Dents visibles (Bossé ; Buck ; Burns & Kaufman ; Chernet-Carroy ; Golstein & Rawn ; Hammer ; Jolles ; Lachance ; Lemaire ; Levy ; Machover ; Royer ; Urban)	OUI	NON
4. Doigts en griffes sur au moins une main (Aubin ; Bossé ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire ; Machover ; Urban)	OUI	NON

- | | | |
|--|-----|-----|
| 5. Jambes largement ouvertes : largeur de l'ouverture supérieure à l'addition de la largeur des deux jambes
(Bossé ; Burns ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Machover) | OUI | NON |
| 6. Lignes fortes, appuyées
(Bossé ; Burns ; Jolles ; Lachance ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 7. Main inhabituellement grande : trois fois plus grande que le bras au plus fin
(Bossé ; Burns & Kaufman ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire) | OUI | NON |

TOTAL ÉCHELLE AGRESSIVITÉ SUR 7 =

Critères graphiques opérationnels pour les comportements délinquants

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Présence d'objets agressifs, situation de conflit, de violence, lignes anguleuses, piquantes
(Bossé ; Hammer ; Jourdan-Ionescu ; Lachance ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 2. Grandeur exagérée du dessin : plus du 2/3 de la page
(Lachance ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 3. Taille des bras et mains réduite : bras/tronc inférieur à 2cm
(Lachance ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 4. Poings fermés : absence des doigts
(Bossé ; Lachance ; Lemaire ; Urban) | OUI | NON |
| 5. Lignes floues, saccadées et tremblantes avec une faible pression
(Lachance ; Lemaire ; Machover ; Urban) | OUI | NON |
| 6. Coiffures travaillées avec des boucles : cheveux frisés
(Burns ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire) | OUI | NON |
| 7. Mains ombrées ou cachées
(Aubin ; Bossé ; Jourdan-Ionescu & Lachance ; Lemaire) | OUI | NON |

TOTAL ÉCHELLE DÉLINQUANCE SUR 7 =

TOTAL ÉCHELLE EXTERNALISATION : /14